

Plan directeur pour l'application des connaissances comportementales à la prestation des services de lutte contre le paludisme

Méthodes et cadres pour l'amélioration du comportement des prestataires



Table des matières

Table des matières	i
Introduction	1
Étape 1. Définir le comportement souhaité	5
Étape 2. Définir les groupes cibles prioritaires et les segmenter	10
Étape 3. Diagnostiquer les facteurs affectant le comportement	14
Étape 4 Impliquer les groupes cibles dans toutes les étapes de la conception	33
Étape 5. Adapter les interventions aux leviers de comportement identifiés	37
Étape 6. Utiliser une approche holistique au suivi et à l'évaluation	42
Conclusion.....	49
Références	50

Remerciements

Ce document est le fruit d'une collaboration entre Breakthrough ACTION et PMI Impact Malaria. Nous tenons à remercier Angela Acosta pour avoir rédigé cet outil avec le soutien de Heather Hancock (Breakthrough ACTION), Lynn Van Lith (Breakthrough ACTION), Gabrielle Hunter (Breakthrough ACTION), Katherine Wolf (PMI Impact Malaria), Mary Warsh (PMI Impact Malaria), Luis Benavente (PMI Impact Malaria), Keith Esch (PMI Impact Malaria) et Elizabeth Arlotti-Parish (PMI Impact Malaria).

Nous tenons également à remercier l'Initiative du Président américain contre le paludisme (PMI), et plus particulièrement Avery Avrakotos, Jessica Butts, Donald Dickerson, Shelby Cash, Bridget Higginbotham, Nene Diallo, Susan Henderson, Lia Florey, Michael Humes, Joel Kisubi, Kevin Griffith, Anna Bowen et Meera Venkatesan pour leur vision et leur leadership dans la conception et la révision de ce document.

Cette ressource a été rendue possible grâce au généreux soutien du peuple américain par l'intermédiaire de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), conformément aux termes de l'accord de coopération Breakthrough ACTION n° AID-OAA-A-17-00017. Le projet Breakthrough ACTION est basé au Centre John Hopkins pour les programmes de communication (CCP). Le contenu de ce document relève de la seule responsabilité de Breakthrough ACTION et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID, du gouvernement des États-Unis ou de l'Université Johns Hopkins.

Citation suggérée

Breakthrough ACTION et PMI Impact Malaria. (2020). Plan directeur pour l'application des connaissances comportementales à la prestation de services de lutte contre le paludisme : Méthodes et cadres pour l'amélioration du comportement des prestataires de services. Baltimore : Centre des programmes de communication de Johns Hopkins.

Plan directeur pour l'application des connaissances comportementales à la prestation des services de lutte contre le paludisme

Introduction

Contexte

La prévention et le contrôle du paludisme dépendent, en partie, de services clés tels que l'identification correcte des cas suspects de paludisme, le diagnostic et le traitement des parasites et le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg). Cependant, la plupart du temps, ces services ne sont pas recherchés, ne sont pas fournis du tout, ou sont fournis de manière incomplète ou incohérente. Par exemple, la méfiance des prestataires à l'égard de la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et des tests de diagnostic rapide (TDR) du paludisme peut entraîner le non-respect des directives cliniques, tandis que le fait de ne pas soumettre les rapports dans les délais contribue aux ruptures de stocks [1]. En outre, la perception d'une mauvaise qualité de service, les barrières sociales et les idées fausses peuvent amener les clientes à retarder les soins ou à interrompre le traitement.

L'intersection de la prestation de services et du changement social et comportemental

Les programmes de changement social et comportemental (CSC) sont axés sur le comportement et placent le client et le prestataire au cœur de leurs activités, en reconnaissant qu'ils sont affectés par leur environnement immédiat, les normes sociales, les croyances et attitudes personnelles, les capacités, les contraintes de ressources et les interactions avec les autres. Les programmes de CSC testent et mettent en œuvre des solutions centrées sur l'homme. Les interventions varient, allant du matériel et des activités de communication, aux changements de procédure, aux innovations de produits et aux modifications mineures de l'environnement, dans le but de faciliter le changement individuel et collectif.

Les programmes de prestation de services permettent d'accéder aux produits et aux équipements, de mettre en œuvre des systèmes d'assurance qualité pour contrôler l'efficacité, de former et de superviser les prestataires, de mettre à jour les lignes directrices et de renforcer la qualité des données. Ils jouent un rôle essentiel en garantissant que les établissements et les prestataires sont prêts à fournir des services. Cependant, même lorsque les produits, les équipements, les systèmes et la formation sont en place, ils ne suffisent pas toujours à garantir que les comportements souhaités sont pratiqués.

Lorsque la prestation de services et les programmes de CSC combinent leurs efforts, ils peuvent améliorer les résultats en matière de santé. Pourtant, la prestation de services et les programmes de CSC fonctionnent souvent en vase clos. Une des raisons est le manque de compréhension des moyens concrets par lesquels les interventions de CSC peuvent soutenir et intégrer les efforts de prestation de services. Deux domaines présentant un potentiel d'intégration sont le changement de comportement des prestataires et la communication des services.

- La communication des services fait référence aux approches de communication sur le changement social et comportemental utilisées avant, pendant et après la prestation de

services. L'expérience du client commence dans la communauté, lorsque les clients entendent parler de la qualité et de la disponibilité des services de santé. Elle se poursuit une fois que les clients commencent à bénéficier des services, sont exposés au processus d'accueil et interagissent avec les prestataires. Après la visite initiale, la perception des soins par les clients est influencée par des visites de suivi ou par l'engagement de services auxiliaires tels que les groupes de mères, ainsi que par les conseils qu'ils ont pu recevoir. La communication sur les services de lutte contre le paludisme englobe les activités qui motivent les soignants à rechercher un traitement pour les fièvres des enfants, les méthodes utilisées par les prestataires pour conseiller les femmes enceintes lors des visites de soins prénatals, les méthodes visant à encourager les clients à prendre toutes les doses de TCA après une visite à la clinique et une fois que les symptômes se sont atténués, et les moyens de renforcer les liens entre les établissements et la communauté [3].

- Le changement de comportement des prestataires comprend que de nombreux facteurs, tels que l'accès aux ressources, la supervision et les compétences influencent la manière dont les prestataires fournissent les services. Il est également de plus en plus reconnu que d'autres facteurs cruciaux, souvent négligés, tels que l'environnement de travail, les normes et les relations, les croyances/attitudes et les valeurs, ont une incidence sur la motivation des prestataires. Les efforts de changement de comportement des prestataires visent à s'attaquer à ces facteurs, à la fois anciens et nouveaux [2]. Une fois que les clients arrivent au point de prestation de services, les efforts de changement de comportement des prestataires peuvent garantir que les clients ont une expérience positive, qui les aidera à revenir pour des services futurs et à maintenir des comportements sains face au paludisme.

Ces deux aspects se chevauchent à certains égards : les deux cherchent à améliorer l'expérience client et la qualité des soins et les deux peuvent utiliser des méthodes de communication pour améliorer la communication interpersonnelle et le comportement des prestataires. La communication des services peut inclure la défense des intérêts, permettant aux communautés et aux établissements de discuter et de traiter les goulots d'étranglement. D'autre part, le changement de comportement des prestataires permet d'adopter des approches supplémentaires pour les encourager à fournir des services de qualité. Du point de vue du CSC, les prestataires sont à la fois un canal de communication destiné aux clients (communication de services) et un groupe cible pour les interventions comportementales (changement de comportement des prestataires).

Ce document cherche à éliminer les cloisonnements en décrivant certaines étapes pour aborder le changement de comportement des prestataires. Il faut espérer que le fait de disposer d'un cadre commun facilitera la compréhension mutuelle, la coordination, l'innovation et la synergie dans la prestation de services de lutte contre le paludisme.

Afin de ne pas perdre de vue les lignes de document, il ne couvre pas les agents de santé communautaires ; pour la même raison, il a été rédigé en tenant compte des prestataires du secteur public basés dans les établissements, bien qu'une grande partie du contenu puisse également

s'appliquer aux prestataires des secteurs communautaire et privé. Le principal public visé est celui des partenaires d'exécution dans le pays et des programmes nationaux de lutte contre le paludisme, bien que les donateurs et d'autres groupes puissent également le trouver utile.

Plan directeur

Les étapes proposées sont classées par ordre chronologique :

- Étape 1. Définir le comportement souhaité.
- Étape 2 Définir les groupes de prestataires prioritaires.
- Étape 3. Identifier les facteurs qui influencent les comportements.
- Étape 4 Impliquer les utilisateurs (prestataires et clients) dans la conception des programmes.
- Étape 5. Adapter les interventions aux facteurs découverts.
- Étape 6. Utiliser une approche holistique du suivi et de l'évaluation.

Ce processus peut se traduire de manière pratique par une stratégie de changement de comportement des prestataires. Un modèle d'écosystème des services de lutte contre le paludisme (étape 3), qui montre les différents niveaux de facteurs et d'acteurs qui influencent le comportement des prestataires, fournit un cadre pour comprendre les déterminants comportementaux, identifier les principales parties prenantes et interventions, ainsi que le suivi et l'évaluation.

Les utilisateurs de ce document pourraient le trouver utile pour :

- Comprendre comment un angle CSC peut contribuer aux efforts visant à modifier le comportement des prestataires
- Identifier les facteurs puissants mais rarement discutés qui affectent le comportement des prestataires
- Parcourir un menu d'interventions possibles pour recueillir des idées pour la conception de programmes
- Apprendre les approches centrées sur l'utilisateur pour la conception des interventions
- Développer des indicateurs pour le suivi et l'évaluation

Le processus est illustré en utilisant la gestion des cas de paludisme non compliqué, le TPIg et les comportements de déclaration dans les milieux de lutte contre le paludisme. Les contextes d'élimination, le paludisme grave et la gestion des cas de paludisme pendant la grossesse ne sont pas abordés ; bien qu'ils aient des déterminants comportementaux différents, les étapes générales de l'utilisation d'un angle CSC peuvent s'appliquer à eux aussi.

Étape 1. Définir le comportement souhaité

Quel(s) comportement(s) essayons-nous de changer ?

Reconnaître la primauté et la complexité des comportements des prestataires

Le comportement des prestataires devra être mis en avant pour progresser dans la prise en charge des cas et du paludisme pendant la grossesse. En tant qu'acteurs clés dans l'interaction client-prestataire, les prestataires servent de garants pour l'adoption du TPIg, le dépistage du paludisme et la conformité des résultats des tests. Les compétences interpersonnelles des prestataires et la qualité du conseil peuvent affecter la compréhension des régimes médicamenteux des clients, l'achèvement des références et la recherche de soins futurs. En tant que responsables du remplissage des registres et de la soumission des formulaires relatifs aux stocks et aux systèmes d'information sur la gestion de la santé (DGIS), les prestataires contrôlent également le respect des délais, l'exhaustivité et l'exactitude des statistiques sur les services. L'amélioration de la prise en charge des cas par les prestataires, du paludisme pendant la grossesse et des comportements de déclaration sera cruciale pour réduire la morbidité et la mortalité, améliorer la surveillance et mesurer les lacunes et les progrès dans la prestation des services de lutte contre le paludisme.

Cependant, les comportements des prestataires sont complexes en soi. Le tableau 1 montre que certains des principaux comportements des prestataires de soins liés au paludisme comportent de multiples sous-comportements. Parfois, les lignes directrices nationales et mondiales sont ambiguës (par exemple, elles peuvent dire « tester tous les cas suspects » sans préciser ce qui constitue un cas suspect). Dans certains cas, les directives des différentes unités du ministère de la santé peuvent être en opposition (par exemple, les directives sur la santé reproductive et le paludisme concernant l'administration du TPIg). Le processus d'élaboration et de diffusion des outils et des lignes directrices devrait tenir compte de la manière dont ces outils et lignes directrices pourraient être traduits dans la pratique. Dans les situations où des lignes directrices existent déjà, les programmes qui les mettent en œuvre doivent clairement énoncer les sous-comportements attendus des prestataires et les moyens de les mesurer.

Tableau 1 Sous-comportements liés à la gestion des cas de paludisme non compliqué, au TPIg et (dans chaque cas) à la déclaration

Adhésion des prestataires aux directives de gestion des cas de paludisme non compliqué [4]	Adhésion des prestataires aux directives relatives au paludisme pendant la grossesse (en particulier le TPIg 3+) [5]
1. Identifier un cas suspect de paludisme (généralement en interrogeant les patients sur leurs antécédents de fièvre et en procédant à un examen physique)	1. Identifier les femmes enceintes éligibles au TPIg - SP • Estimer l'âge gestationnel (doit être au moins de 13 à 16 semaines de gestation pour recevoir la première dose de TPIg)

2. Tester tous les cas de paludisme suspects à l'aide des TDR ou de la microscopie. 3. Ne fournir les CTA qu'aux cas dont le test est positif. 4. Évaluer les clients dont les résultats sont négatifs pour d'autres causes courantes de fièvre (multi-étapes). 5. Prescrire un traitement approprié aux clients dont les résultats sont négatifs ; ne pas donner d'antipaludéens. 6. Évaluer et traiter les autres comorbidités/coïnfections. 7. Pour les clients dont le paludisme est confirmé, conseiller le client sur le moment et la manière de prendre les CTA et de compléter toutes les doses. Conseiller le client sur les signes de paludisme grave et les circonstances dans lesquelles il doit retourner à l'établissement. Pour les clients dont les résultats de test sont négatifs, les conseiller sur les résultats et les implications du traitement (qu'il s'agisse d'un antipyrétique uniquement, du traitement d'une autre maladie nécessaire ou de l'absence de médicaments). Pour tous les clients, fournir des conseils sur les mesures de prévention du paludisme, et donner aux clients la possibilité de poser des questions. 8. Remplir complètement et précisément chaque étape de la prestation de services dans le(s) registre(s)/carte patient. 9. Comptabiliser correctement les données des rapports 10. Soumettre les rapports dans les délais	• Vérifier si elle prend du cotrimoxazole (si elle est séropositive et qu'elle ne prend pas de cotrimoxazole, lui donner de la SP, si elle prend du cotrimoxazole, ne pas lui donner de SP) • Pour les doses suivantes, vérifier la date de la dernière dose de SP (au moins 4 semaines avant) 2. Conseiller la cliente sur les raisons de l'utilisation de la SP, et lui donner la possibilité de poser des questions. 3. Administrer la SP par le biais d'une thérapie directement observée par le prestataire de soins 4. Conseiller la femme sur la manière de prévenir le paludisme (utilisation de la MII) et sur le moment où elle doit revenir pour sa consultation prénatale. Donner à la cliente la possibilité de poser des questions. Discuter des obstacles potentiels auxquels la cliente peut être confrontée et travailler avec elle pour trouver des solutions. 5. Remplir complètement et précisément chaque étape de la prestation de services dans le(s) registre(s)/carte patient. 6. Comptabiliser correctement les données des rapports 7. Soumettre les rapports dans les délais
--	--

Mesurer les écarts de performance

Le fait de diviser le « respect des lignes directrices » en sous-comportements peut être utile pour comprendre les écarts de performance spécifiques. Les prestataires peuvent être plus enclins à respecter certaines étapes alors qu'ils en manquent d'autres ou à effectuer certaines étapes de manière incorrecte. La cartographie des sous-comportements et leur mesure peuvent être utilisées pour concevoir de futurs programmes.

Les données de la Figure 1 proviennent de l'évaluation d'un établissement de santé dans une province du Mozambique [6]. La première rupture significative de la cascade comportementale a été constatée dans les tests de dépistage du paludisme (82 %). Les deux autres faiblesses majeures identifiées sont la posologie inappropriée (71%) et le conseil incorrect (59%). En revanche, l'utilisation d'antipaludiques

appropriés était raisonnablement élevée, à 89 %. Les interventions pourraient donc devoir se concentrer sur l'offre/la réalisation de tests TDR, la posologie correcte des antipaludéens et le conseil.

Certaines de ces données peuvent être disponibles par le biais du SGIS et des listes de contrôle de la supervision de soutien, ainsi que des enquêtes sur les établissements de santé. La première option, cependant, n'est peut-être pas la meilleure source de données pour identifier les clients ayant de la fièvre ; des études antérieures ont montré que les prestataires ne font pas de dépistage systématique de la fièvre chez leurs clients, et ont suggéré des ajustements pour mieux évaluer les pratiques de dépistage du paludisme à l'aide de données de routine [7] [8].

Préciser s'il s'agit d'un problème de comportement ou d'accès

L'accès à de l'équipement clé ou à des produits contre le paludisme est susceptible d'empêcher le respect des lignes directrices ou, au mieux, d'entraîner des solutions de contournement qui rendent l'adhésion difficile à mesurer. Les ruptures de stock de SP, par exemple, peuvent amener les prestataires publics à rédiger des ordonnances pour les femmes enceintes, afin qu'elles achètent de la SP dans les pharmacies et les drogueries, ce qui réduit la probabilité que les femmes prennent le TPIg, sachant qu'elles doivent l'acheter séparément. Par ailleurs, les prestataires peuvent ne pas proposer de SP du tout.

Cependant, certains problèmes qui peuvent normalement être considérés comme structurels, comme les ruptures de stock, peuvent avoir une origine comportementale profonde. Parmi les exemples de ces causes, on peut citer la présentation tardive des rapports sur la chaîne d'approvisionnement, ou le fait que les marchandises ne sont pas acheminées de la salle de stockage au point de service réel (ex : laboratoire ou salle de consultation).

Une façon d'identifier si la cause première est l'accès ou le comportement est de trianguler les données d'accès/logistiques avec les données de performance. Si les performances étaient proches ou au niveau

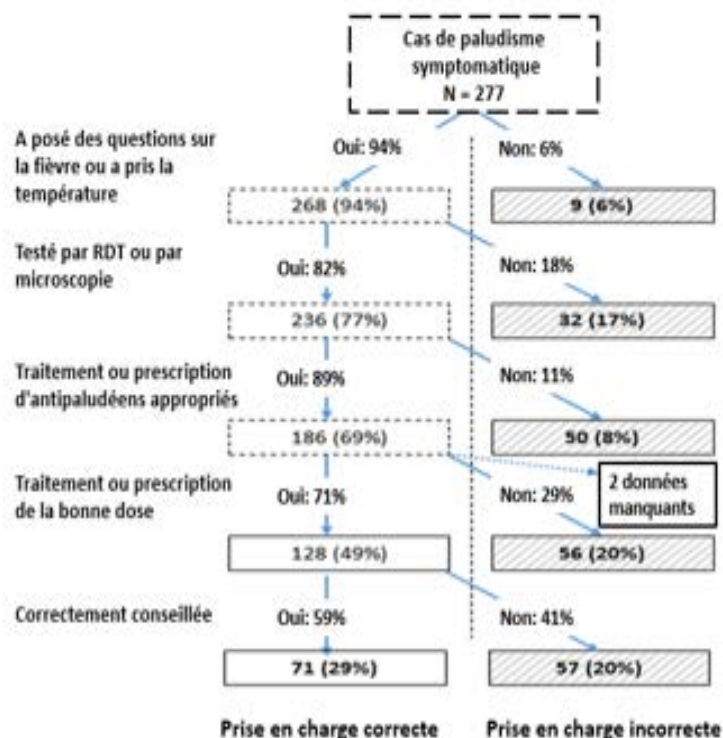


Figure 1 Parcours de gestion des cas de paludisme pour les cas réels de paludisme dans une province du Mozambique, 2018. Les pourcentages indiqués dans les lignes en pointillés représentent la proportion cumulative de patients correctement pris en charge jusqu'à ce point. Les encadrés en gras indiquent la catégorisation finale et les pourcentages se réfèrent à la proportion finale de cas entrant dans chaque catégorisation finale. Les pourcentages reflètent l'ajustement pour le plan d'échantillonnage en grappes.

souhaité pendant une période où les fournitures étaient en stock, il s'agirait probablement d'un problème d'accès, et il sera important de se concentrer sur la résolution des goulets d'étranglement de la chaîne d'approvisionnement plutôt que de chercher à changer les comportements des prestataires. Si les performances étaient faibles ou moyennes même pendant les périodes où les produits et les fournitures étaient en stock, il s'agirait probablement d'un problème de comportement et les approches de changement social et comportemental peuvent jouer un rôle important. Pour certains produits clés (tels que la SP, les TDR et les CTA), les sources de données existantes telles que les systèmes d'information de gestion logistique (SIGL) et les HMIS peuvent être comparées pour voir s'il s'agit d'un problème de comportement ou d'accès. Cependant, le manque d'accès à l'eau potable pour le TOD du TPIg, ainsi que certaines causes comportementales profondes des problèmes de la chaîne d'approvisionnement, ne peuvent probablement être évalués que par des enquêtes dans les établissements ou des visites de supervision.

Prioriser les comportements

Bien que les interventions puissent porter sur plusieurs comportements, elles seront plus efficaces à condition de ne pas mettre l'accent sur plus de deux ou trois sous-comportements spécifiques à un moment donné. Les objectifs comportementaux multiples peuvent compliquer la conception des programmes, exiger plus de temps et de ressources, et rendre plus difficile pour les prestataires de conserver le contenu. Les interventions peuvent être échelonnées/progressives afin de réduire ces difficultés. Pour cette raison, il est utile d'utiliser les données pour classer les comportements à privilégier (voir l'étape 6, suivi et évaluation, pour les sources de données). Les critères de hiérarchisation doivent inclure les comportements les plus susceptibles d'être améliorés, les comportements les plus importants pour les résultats de santé ou les comportements qui relèvent du champ d'action et de l'expertise des organismes collaborateurs concernés.

Ressources

- [Lignes directrices de l'OMS pour la prise en charge des cas de paludisme](#)
- [Recommandations de l'OMS sur le Traitement préventif intermittent du paludisme \(TPI\) pour les femmes enceintes](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Diagnose Phase Resources](#)
- Pour obtenir les listes de contrôle OTSS+ (Outreach, Training and Supportive Supervision Plus), veuillez contacter Keith Esch à PMI Impact Malaria (kesch@psi.org)

Étape 2. Définir les groupes cibles prioritaires et les segmenter

Qui doit pratiquer le comportement souhaité ?

Cibler les individus en tant que groupe général n'est pas la meilleure façon de parvenir à un changement de comportement. La segmentation est une partie importante de la conception des interventions visant à modifier les comportements. Elle consiste à diviser les groupes cibles en groupes de personnes plus petits ayant des besoins, des valeurs et/ou des caractéristiques similaires. La segmentation reconnaît que les différents groupes réagiront différemment aux interventions [9]. Les interventions et les messages spécifiques destinés à des groupes particuliers auront probablement plus de résonance que les messages génériques et conduiront à une utilisation plus efficace des ressources. Cette section énumère quelques moyens de segmenter les prestataires. Outre les méthodes énumérées ci-dessous, des approches de segmentation peuvent également être combinées (ex : regroupement des prestataires d'une certaine catégorie en fonction des attitudes et des préjugés).

Certaines manières conventionnelles de segmenter les prestataires ont été par **catégorie, fonction, années de service**, ou **secteur public par rapport au secteur privé**. Un exemple de segmentation par fonction est le ciblage des prestataires qui voient les femmes enceintes (comme les sages-femmes de soins prénatals) pour le paludisme pendant les formations sur la grossesse. La segmentation par catégorie de personnel consiste à regrouper les prestataires qui ont un niveau de formation médicale similaire (comme les infirmières). Dans la gestion des cas de paludisme, en particulier la conformité des résultats des TDR, les catégories inférieures de personnel (telles que les agents de santé communautaires) sont plus susceptibles de respecter les directives que les catégories supérieures (telles que les médecins) et ils ont fait preuve d'une excellente conformité dans la gestion des fièvres chez les enfants et les femmes enceintes [10]. D'autre part, les prestataires ayant plus d'années de service et de formation supérieure ont tendance à se fier davantage à leur expérience qu'aux tests [11]. En général, les prestataires du secteur public respectent davantage les directives, mais les prestataires du secteur privé ont une meilleure réputation en matière de service à la clientèle [12] [13].

Une autre façon de segmenter les prestataires a été de les répartir en fonction de leur **lieu** d'implantation, par exemple entre les prestataires communautaires et les prestataires basés dans des établissements, et en fonction du **type d'établissement** (établissement de santé primaire ou hôpital de référence), qui ont des environnements et des antécédents très différents ; les prestataires basés dans des établissements sont des employés rémunérés d'une clinique publique ou privée et ont reçu une formation dans le cadre des programmes officiels de médecine ou de soins infirmiers, tandis que les prestataires communautaires reçoivent un soutien financier minimal (le cas échéant) et sont formés en dehors du système officiel d'enseignement médical. Ils sont souvent sélectionnés par les membres de la communauté et, à ce titre, entretiennent des relations étroites avec les clients [2].

La segmentation par catégorie, fonction, années de service, type d'établissement, et public par rapport au privé peut généralement être effectuée à l'aide de données administratives et en consultant les dirigeants du district ou, dans le cas du secteur privé, l'association professionnelle locale.

Lors de la segmentation par catégorie ou par fonction, il est important de comprendre le segment qui devrait *adopter* le comportement donné par rapport à ceux qui ont un *pouvoir de décision* sur le comportement donné, ainsi que les normes et la dynamique du pouvoir liées aux différentes catégories. Par exemple, alors que les infirmières et les sages-femmes peuvent principalement adopter les comportements souhaités, la présence d'un médecin consultant une fois par semaine (ou à plein temps) peut affecter leur autonomie clinique au sein de cet établissement. Dans ce cas, les interventions ciblant les infirmières et les sages-femmes risquent de ne pas réussir si d'autres personnes influentes ne sont pas associées au processus.

Une approche qui a été utilisée dans le secteur privé pour la planification familiale a consisté à classer les prestataires en catégories A, B, C et D, en fonction du **volume de clients** et de la **capacité du prestataire** à utiliser le produit. Les catégories vont de A : les prestataires qui ont le plus grand potentiel en raison de leur volume élevé et de leur grande capacité, à B et C à D : les prestataires qui ont un faible volume de clients et une faible capacité [14]. Cette segmentation peut être effectuée au moyen de tests de compétence et de statistiques sur les services. Par exemple, les prestataires qui obtiennent de mauvais résultats aux tests de compétences de la PCIME et qui travaillent dans des établissements à grand volume peuvent courir un risque élevé de ne pas respecter les résultats négatifs des tests et il peut être nécessaire de leur accorder la priorité.

Une autre approche consiste à classer les prestataires en fonction de leurs **attitudes, de leurs croyances et de leurs préjugés** en matière de planification familiale pour les jeunes, les segments d'échantillon ou « archétypes » de prestataires ont inclus les « Passifs moyens » (conscients des pratiques de santé sexuelle et reproductive des adolescents et des jeunes, mais quelque peu partiaux et relativement peu sympathiques envers les jeunes), les « Gardiens sympathiques » (relativement jeunes, principalement des infirmières favorables à la sexualité des jeunes, et autres. Cette méthode nécessite des enquêtes et des méthodes statistiques sophistiquées [15]. Une application moins intensive sur le plan statistique est la méthode de précision médicale, utilisée par les représentants de commerce pharmaceutique, où ils adaptent leurs messages aux différents prestataires en fonction de leur évaluation du degré de préparation, des attitudes, des croyances ou des préjugés de ces derniers. Toutefois, il s'agit d'une approche au niveau individuel, et non au niveau d'un groupe ou d'une population.

Tout comme les prestataires, les membres de la communauté ont été historiquement ciblés en fonction des **caractéristiques démographiques** (soignants, partenaires/conjoints, belles-mères ou grands-mères) ou d'une combinaison de valeurs, d'intérêts et d'attitudes (**psychographie**), ou des **étapes de la vie** (jeunes, jeunes mariés, personnes attendant un bébé, personnes élevant une famille, etc.). [9]

Un dernier groupe clé à prendre en compte pour la prestation de services de lutte contre le paludisme est celui des **décideurs politiques/gestionnaires**. Une étude de l'OMS portant sur 70 pays a révélé que

les équipes de gestion de district étaient essentielles à la réussite de la mise en œuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) et que, dans certains pays, l'attitude des dirigeants de district avait un effet plus important sur la qualité de la mise en œuvre que le développement socio-économique ou le soutien des donateurs [16]. Par rapport aux prestataires, les priorités des responsables de district peuvent être davantage influencées par des facteurs tels que la politique et les structures organisationnelles [17]. Les programmes de lutte contre le paludisme peuvent intégrer un angle de CSC dans les évaluations de la gestion des districts, afin de mieux comprendre les attitudes et les motivations des responsables de district, ainsi que le paysage politique, organisationnel et des ressources locales qu'ils représentent.

Tableau 2. Moyens de segmenter les prestataires

APPROCHES DE SEGMENTATION	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Catégorie, fonction, années de service, public ou privé, type ou lieu d'implantation (ce qui est similaire à l'approche des données démographiques ou des étapes de la vie utilisée pour segmenter les membres de la communauté)	Facilité (possibilité d'utiliser des données administratives ou de consulter les dirigeants locaux).	Les données administratives sont susceptibles de ne pas être complètes ou exactes. Suppose qu'ils partagent tous les mêmes croyances, valeurs et motivation à réaliser de bonnes performances, ce qui peut ne pas être le cas. Peut ne pas tenir pleinement compte de la dynamique du pouvoir sur place.
Volume et capacité	Impact potentiel élevé sur les résultats sanitaires en raison de l'accent mis sur les établissements à grand volume	Des données supplémentaires sont nécessaires pour mesurer le volume des établissements et évaluer les compétences des prestataires. Suppose qu'ils partagent tous les mêmes croyances, valeurs et motivation à réaliser de bonnes performances, ce qui peut ne pas être le cas.
Attitudes, croyances et préjugés	L'intervention est plus susceptible de s'attaquer aux causes profondes du comportement	Des données supplémentaires sont nécessaires pour mesurer les attitudes, les croyances et les préjugés. Des compétences analytiques plus sophistiquées peuvent également être nécessaires pour analyser les données d'un groupe de prestataires. Si la méthode de précision est utilisée, il est important de recruter personnel possédant de solides compétences interpersonnelles capable d'évaluer et d'adapter les approches aux différents prestataires/centres de santé

Ressources

- [Comment procéder à la segmentation du public](#)
- [I-Kit du changement de comportement du prestataire](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Diagnose Phase Resources](#)

Étape 3. Diagnostiquer les facteurs affectant le comportement

Que faut-il faire pour changer le comportement ?

Un diagnostic approfondi du problème doit commencer par une liste de contributeurs potentiels, en utilisant des données pour identifier ceux qui sont en jeu dans un contexte donné, et un accord sur les facteurs qui peuvent être abordés par une approche de changement social et comportemental. Les théories comportementales sont utiles pour fournir un menu de facteurs potentiels à prendre en compte lors d'une recherche formative ou d'une analyse de situation. Les programmes de changement de comportement des prestataires ou de communication des services ont utilisé l'économie comportementale¹, le modèle des étapes du changement² et le modèle socio-écologique (MSE), entre autres [14, 18-20] [3]. Le modèle du cercle de soins, qui décompose les trois étapes de la prestation de services (avant les services, pendant les services et après les services), peut également être utilisé pour identifier les besoins de communication à chaque étape [21]. Ce document utilise le modèle socio-écologique car il offre la flexibilité de considérer les questions de prestation de services de lutte contre le paludisme du point de vue du client, du prestataire et du gestionnaire du système de santé. Tout comme le modèle socio-écologique montre les niveaux d'influence dans la prestation des services de lutte contre le paludisme, il peut également illustrer les types de personnes qui doivent être impliquées dans la conception.

Les sources de données pour les diagnostics comportementaux peuvent inclure un examen de la littérature grise et publiée, la collecte de données qualitatives (groupes de discussion, entretiens avec des informateurs clés et observations) et la collecte de données quantitatives (telles que les questions sur les connaissances, les attitudes et les pratiques incluses dans les évaluations des établissements de santé et les visites de supervision de soutien ou comme enquêtes autonomes auprès des prestataires).

Chaque environnement peut avoir un ensemble différent de déterminants et les déterminants présents dans plusieurs environnements peuvent être beaucoup plus influents dans certains milieux que dans d'autres. Cette section explique les types de déterminants comportementaux impliqués à chaque niveau du MSE. Elle est suivie d'exemples de facteurs pour quelques comportements spécifiques au paludisme. Cela pourrait servir de menu de facteurs (ou le début d'un) que les chercheurs devraient prendre en compte lorsqu'ils conçoivent des activités de recherche formative sur le paludisme.

Un écosystème de services pour le paludisme

¹ L'économie comportementale - identifie les facteurs cognitifs, sociaux, situationnels ou économiques

² Modèle des étapes du changement - retracent la progression d'une personne depuis la prise de conscience jusqu'au maintien du comportement

Le modèle socio écologique ci-dessous montre que le comportement est influencé par de nombreux facteurs à l'intérieur et à l'extérieur de l'individu. Ils sont liés entre eux et se renforcent mutuellement (comme le montrent les flèches bidirectionnelles). Le diagramme a été principalement rédigé en tenant compte des prestataires du secteur public, mais de nombreux facteurs s'appliquent également au secteur privé et aux agents de santé communautaires (pour une description des facteurs influençant la performance des agents de santé communautaires dans les programmes de lutte contre le paludisme, voir l'étude systématique menée par Chipukuma et. al [22]).

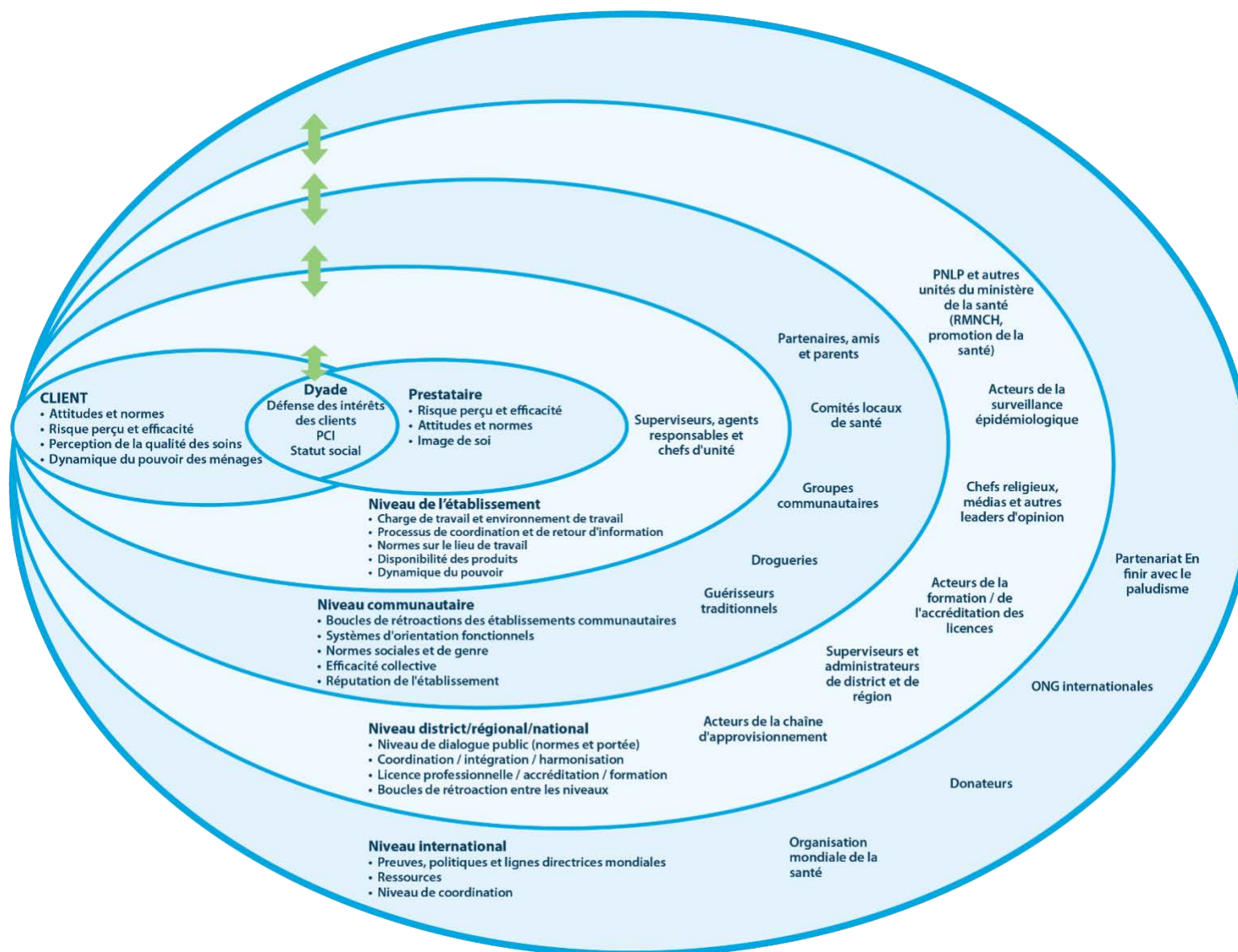


Figure 2. Un écosystème de services pour le paludisme. Le texte noir indique les acteurs influents à chaque niveau, tandis que le texte bleu met en évidence les déterminants du comportement des prestataires. Chaque niveau est lié et se renforce mutuellement.

Le modèle reconnaît que les **prestataires et les clients sont des personnes** dont les pratiques liées au paludisme sont affectées par leurs convictions personnelles concernant le risque (comme la sensibilité perçue du client vis-à-vis du paludisme et, pour le prestataire, la gravité des conséquences possibles ou la mauvaise gestion d'un cas, (par exemple, risque pour la réputation, sécurité de l'emploi), l'efficacité du comportement ou de l'intervention, leur propre confiance dans leur capacité à la pratiquer, la dynamique du pouvoir déterminant leur capacité à prendre des décisions concernant leur propre santé ou, pour le prestataire, le programme de traitement, les normes sociales, les attitudes, les perceptions et les attentes en matière de qualité des soins, et leurs hypothèses concernant certaines caractéristiques du prestataire ou du client (comme l'accès aux fonds ou au transport). Au niveau individuel, les partenaires et les membres de la famille sont les principales personnes influentes (pour les prestataires comme pour les clients, car ils doivent souvent équilibrer leurs rôles professionnels et domestiques), les prestataires étant en outre influencés par leurs collègues et leurs supérieurs hiérarchiques.

La **nature dyadique de l'interaction prestataire-client** se reflète également dans le diagramme, où elle est véhiculée par la qualité de l'approche de communication interpersonnelle (CIP) du prestataire et la capacité du client à se défendre lui-même, leur statut social les uns par rapport aux autres, et les déséquilibres de pouvoir qui résultent de tous ces facteurs.

Le **niveau des établissements et des points de service** reflète l'influence de la charge due aux clients, des processus de flux de travail, des normes et de l'environnement de travail (pairs/hiérarchiques), du soutien des pairs et des pratiques de retour d'information et d'amélioration des performances. Le nombre élevé de clients, la complexité des processus, les types de services de diagnostic et de traitement disponibles, la bonne/mauvaise coordination entre les départements, le type d'établissement (par exemple, les établissements de référence qui traitent régulièrement les urgences vitales) et le retour d'information insuffisant de la direction peuvent amener les prestataires à prendre des « raccourcis » lors de la fourniture de services de routine. De même, ces facteurs peuvent dissuader les clients de revenir. À ce niveau, les agents responsables et les chefs d'unité sont les acteurs/influenceurs clés, bien que d'autres facteurs tels que l'ancienneté, la catégorie de personnel et les relations personnelles puissent affecter la dynamique du pouvoir/interpersonnelle. L'état de préparation des établissements (la disponibilité des produits essentiels et des prestataires formés) est également un facteur à ce niveau.

Au **niveau communautaire**, le secteur formel de la santé est en concurrence avec de multiples options pour les conseils et les services de santé. Les pharmacies, les guérisseurs traditionnels, les conjoints, les parents/la belle-famille, les amis, les groupes sociaux/communautaires et les chefs communautaires et religieux peuvent influencer la décision d'un client de demander des services, son attitude vis-à-vis des services et des prestataires du secteur formel, la source du service, le moment de l'utilisation du service, ainsi que l'adoption ou l'abandon d'un comportement. Les normes sociales et de genre entourant la recherche de soins influencent la perception des personnes qui peuvent choisir de se faire soigner, ou qui nécessitent des processus complexes pour obtenir une autorisation ou une approbation de soins. La

multiplicité des options peut amener les clientes à se présenter aux services de soins de santé officiels à un stade tardif ou avancé de la maladie ou de la grossesse, ce qui crée un stress pour les prestataires. Les prestataires du secteur public sont parfois transférés vers de nouvelles régions, où ils doivent apprendre à comprendre la culture locale et la dynamique du pouvoir, tout en établissant des relations avec un nouveau groupe de clients.

Enfin, le **niveau national/régional/district/organisationnel** reflète des influences sociales et organisationnelles plus larges sur la prestation de services et la recherche de soins. Le niveau du débat public entre les leaders d'opinion et les médias peut influencer les ménages et tous les acteurs du système de santé, tandis que les politiques, les associations professionnelles et les programmes de formation et d'accréditation réglementent les normes et les attentes professionnelles [18]. Le niveau d'harmonisation entre les différents domaines de la santé, l'utilisation des données pour la prise de décision, les procédures de gestion de la chaîne d'approvisionnement aux niveaux régional ou national, et le cadre de transmission (élevé/faible), ainsi que le type de retour d'information ou d'orientation donné aux niveaux inférieurs influencent la prestation de services. Enfin, les systèmes de financement de la santé - tels que les modèles de recouvrement des coûts, le financement basé sur la performance et l'assurance maladie - ont une incidence sur les frais d'utilisation, la disponibilité des produits, les exigences en matière de rapports et l'utilisation des services.

Bien que le modèle socio-écologique marque les **clients** et les **prestataires**, la présence des niveaux national/régional/district/organisation et des établissements montre que les comportements des **décideurs politiques et des gestionnaires** comptent également.

Application aux comportements liés au paludisme

Dans les tableaux suivants, les facteurs affectant l'adhésion des prestataires aux résultats négatifs des tests, la fourniture de TPIg et la notification sont énumérés. Ces tableaux sont destinés à illustrer l'utilisation du modèle, et non pas à fournir une liste exhaustive - et peuvent être utilisés comme point de départ lorsque l'on commence à effectuer des évaluations formatives. Dans un souci d'efficacité, les revues systématiques ont été la principale source d'information.

Il n'est pas encore clair lequel de ces facteurs semble avoir le plus d'influence dans les différents contextes, car ils n'ont peut-être pas tous été pris en compte/évalués de manière uniforme ; pour l'instant, on suppose que chaque contexte aura probablement son propre ensemble de facteurs prioritaires qui seront identifiés par la recherche formative et l'évaluation.

Une fois les facteurs pertinents identifiés, ils devront être réexaminés en permanence pour s'assurer que le programme est élaboré, mis en œuvre et évalué de manière à les prendre systématiquement en compte.

Facteurs influençant l'adhésion des prestataires aux résultats des tests

La plupart des études d'une récente revue systématique ont indiqué que plus de 90 % de tous les clients positifs au TDR reçoivent des médicaments antipaludiques [12]. L'écart comportemental le plus important semble être l'adhésion aux résultats négatifs - les taux d'adhésion aux résultats négatifs étaient globalement plus faibles, avec une tendance temporelle ajustée montrant des taux moyens (mais en amélioration) de 50 à 80% au fil du temps [12]. C'est pourquoi le tableau ci-dessous se concentre sur ce dernier.



Crédit photo : Mwangi Kirubi, PMI Impact Malaria

Facteurs au niveau des prestataires

Croyances sur la prévalence actuelle du paludisme - Les prestataires estiment que la prévalence du paludisme devrait être plus élevée que les taux de tests de dépistage positifs (RDT) [23].

Image de soi - Les cliniciens estiment que les TDR négatifs contredisent leur expertise clinique et rationalisent cette dissonance en constatant plutôt des résultats de TDR négatifs erronés/mauvais [23]. Les agents de santé communautaires (ASC) et les pharmacies considèrent que le test renforce leur légitimité [23]. (Cela peut également être interprété comme de « l'auto-efficacité », ou de la confiance en soi).

Alignement sur les valeurs et les priorités - Des messages soigneusement élaborés sur les principes et les pratiques actuels des prestataires, ainsi que l'image de marque du ministère de la Santé (une institution connue pour influencer les agents de santé du gouvernement dans ce contexte), semblent motiver les prestataires. Par exemple, lorsque les prestataires de services en établissement ont estimé que les TDR créaient un travail non rémunéré supplémentaire, ou lorsque les vendeurs de médicaments ont estimé que cela entravait les bénéfices, la motivation à utiliser les TDR ou même à participer à une étude avec des produits gratuits a diminué ; l'intervention ne s'est pas positionnée comme profitant aux prestataires d'une manière qu'ils appréciaient [23].

Compétences en matière de diagnostic - Les prestataires (en particulier dans les établissements périphériques) savent généralement qu'ils doivent évaluer les autres causes de fièvre, mais ne savent pas comment s'y prendre de manière efficace. [24]

Facteurs au niveau du client	Enfants de moins de 5 ans ou clients gravement malades - Les prestataires craignent de ne pas voir de cas de paludisme en raison de la possibilité de conséquences graves dans ces groupes [25] [24].
Facteurs de niveau dyadique	Retour d'information sur les résultats des clients - Le fait d'observer que les clients négatifs au TDR se rétablissent sans antipaludiques a été associé à un effet positif sur le comportement [23]. De même, le fait de noter que les clients se rétablissent après avoir pris des CTA malgré le fait que le TDR soit négatif a eu un effet dommageable. L'angle des sciences du comportement suggère que le type de résultats obtenus par les clients dont les prestataires entendent parler ou qu'ils observent affecte le type d'histoires de rétablissement des clients que les prestataires gardent à l'esprit [26]. La capacité à surveiller les clients a été considérée comme un moyen efficace de renforcer la confiance dans les TDR négatifs [23]. Perception des prestataires quant à la demande des clients - Les prestataires ont déclaré avoir subi des pressions de la part de leurs clients pour qu'ils fournissent des antipaludiques dans le passé [24].
Facteurs liés aux points de prestation de services et aux établissements	Confiance excessive dans la microscopie - Les prestataires se méfient des résultats négatifs du TDR lorsque la microscopie, « l'étalon-or », montre que le client a le paludisme [24] [26]. Charge de travail élevée, nombreux clients - Les prestataires de services ne prennent pas l'habitude de le faire parce qu'ils n'y pensent pas ou n'ont pas le temps d'envisager d'autres diagnostics [23]. Répartition des tâches et horaires de travail - Bien que les TDR puissent être effectués par n'importe quel prestataire formé, les résultats des TDR ou des examens microscopiques sont susceptibles de ne pas être disponibles dans les délais dans les établissements où ils ne sont effectués que par le personnel de laboratoire et où les laboratoires sont fermés le soir et le week-end, ou lorsque le personnel est absent. Matériel de diagnostic - manque de fournitures et d'équipement pour diagnostiquer les causes non paludiques, dans le cas de personnes ayant des résultats de tests négatifs.
Facteurs au niveau communautaire	* [voir le facteur anecdotique ci-dessous]
Facteurs au niveau national, régional, du district ou de l'organisation	Des directives claires et détaillées sur la gestion des diagnostics négatifs - La clarification du rôle des prestataires et le renforcement de leurs compétences dans la gestion des causes alternatives ont été associés à l'adhésion. Cela était vrai même pour les ASC et les pharmacies où le champ d'action des prestataires était limité à la fourniture d'antipyrétiques ou à l'absence totale de médicaments [23]. L'adhésion était également plus élevée lorsqu'il n'y avait pas d'ambiguïté ou de flexibilité pour certains types de clients, comme les moins de 5 ans ou ceux qui pourraient avoir des difficultés à revenir [23] - les types de clients pour lesquels les prestataires s'inquiètent de l'évolution de la maladie. Rétroaction des autorités - La plus forte adhésion a été observée parmi les prestataires qui avaient été étroitement surveillés. Lors de l'évaluation d'un programme de messagerie textuelle, les prestataires ont considéré les rappels par SMS comme une forme de surveillance, et ils y ont adhéré, même lorsqu'ils ont estimé que les directives contredisaient leur jugement clinique [23]. Le paysage du diagnostic - Les pays où les tests étaient plus familiers utilisaient les TDRp de manière plus appropriée [23]. Il y a également un manque de tests rapides,

fiables et peu coûteux pour les autres causes de fièvre autres que le paludisme, ce qui rend difficile pour les prestataires de soins de faire des diagnostics alternatifs.

**Les prestataires peuvent penser que le fait de ne pas donner de médicaments contre le paludisme peut entraîner une perte de confiance du client/de la communauté dans l'établissement, en particulier si les clients s'attendent à recevoir ces médicaments quel que soit le résultat du test (anecdotique)*

***Au Sénégal, les précipitations, qui peuvent être un indicateur de la prévalence attendue du paludisme, ont été associées à l'utilisation des TDR par les prestataires. La pluviosité/saisonnalité n'a pas été mesurée dans d'autres études sur l'adhésion aux résultats des tests, mais des croyances sur la prévalence du paludisme ont été identifiées dans d'autres pays [27].*

Encadré 1. Les connaissances ne suffisent pas - l'importance des normes et des attitudes

Les approches traditionnelles du changement de comportement des prestataires ont tendance à mettre l'accent sur les activités de renforcement des connaissances et des compétences, telles que les formations. Bien qu'elles soient importantes, de plus en plus d'études mettent en cause l'existence de **normes, de croyances et d'attitudes** des prestataires qui empêchent l'adhésion aux directives de gestion des cas de paludisme.

Davlandes et. al. ont constaté que la supervision et la formation n'étaient pas statistiquement associées à une bonne gestion des cas de paludisme en Guinée. Au contraire, le facteur prédictif le plus fort et le plus cohérent était un indice des normes des prestataires, qui mesurait l'adhésion perçue aux directives de gestion des cas de paludisme parmi les collègues des prestataires [8]. L'influence des normes est plausible puisque les prestataires se tournent généralement vers leurs collègues médecins pour obtenir des informations sur le paludisme [28] dans le contexte d'un accès limité à d'autres sources d'information, et que les normes ont été mises en cause en tant que déterminants comportementaux des comportements des prestataires dans d'autres domaines de la santé [29]. Cependant, les normes ne sont généralement pas mesurées par les évaluations impliquant les prestataires de soins contre le paludisme, de sorte que l'on ne sait pas dans quelle mesure ce problème se pose dans d'autres pays. Idéalement, les normes devraient être systématiquement mesurées en tant que déterminants potentiels du comportement (voir étape 6, suivi et évaluation).

D'autres chercheurs ont constaté que les croyances/attitudes jouent un rôle majeur dans plusieurs pays, comme le montre le tableau ci-dessus. Ils ont depuis lors formulé les recommandations suivantes :

« Les interventions visant à améliorer le traitement du paludisme non compliqué doivent s'efforcer de changer ce que les prestataires préfèrent, plutôt que de se concentrer sur ce qu'ils savent » [30]. (emphase ajoutée)

« Répondre aux priorités et aux attentes des prestataires ». [23] (emphase ajoutée)

Il est essentiel de considérer les prestataires comme des personnes, et non comme de simples canaux de prestation de services. Ce sont des individus et des communautés/groupes qui ont des croyances, des valeurs, des préférences, des attentes et des normes sociales qui peuvent influencer leurs actions. En tenant compte de facteurs qui dépassent les connaissances, l'univers des interventions potentiellement efficaces s'élargit [31]. Bon nombre de ces facteurs non liés à la connaissance sont examinés en détail dans cette section et des exemples d'interventions sont présentés à l'étape 5.

Encadré 2. Caractériser le fossé dans la communication client-prestataire

Le conseil est un élément standard de la pratique clinique, mais ce domaine est peu étudié. Des études réalisées à partir de multiples évaluations de la prestation de services (SPA) et d'évaluations de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA) ont montré que les conseils et la communication des prestataires peuvent améliorer l'intention de retour d'un client [32]. Certains éléments indiquent que le conseil en matière de paludisme est loin d'être optimal ; une étude menée au Mozambique a révélé que seuls 58 à 62 % des clients prescrivaient un antipaludique donnaient correctement les instructions de dosage, ce qui met en doute leur capacité à respecter les schémas thérapeutiques [6]. De même, une étude récente menée en Ouganda a révélé un manque de communication entre les ASC et les soignants - les soignants ne comprenaient pas que l'artésunate rectal n'était pas un traitement complet pour le paludisme grave et ne comprenaient donc pas la nécessité de procéder à des aiguillages complets [33].

Les activités de recherche et de supervision peuvent être conçues pour évaluer :

- a. Comment les prestataires interprètent les directives cliniques
- b. Comment les prestataires perçoivent certaines informations qui doivent être communiquées aux clients
- c. Si les prestataires savent ce que les clients considèrent comme une interaction de qualité
- d. Comment, quand et si ils conseillent leurs clients

- e. Compréhension du message par les clients
- f. Comment les conseils ou les messages affectent la prise de décision des clients

Facteurs influençant l'offre de TPIg

Il existe un écart important entre la fréquentation à la CPN4 et le TPIg 3, ainsi que des baisses significatives de la couverture des doses ultérieures de TPIg3. En 2016, l'OMS a estimé que la couverture des TPIg1, 2 et 3 était respectivement de 56 %, 43 % et 19 %. Bien que la fréquentation à la CPN4 puisse varier de 30 à 90 % dans les pays subsahariens, les taux de TPIg 3 se situent entre 5 et 30 % [57].



Crédit photo : Mwangi Kirubi, PMI Impact Malaria

Par rapport au nombre de croyances/attitudes associées à l'adhésion aux résultats des tests de dépistage du paludisme, les facteurs liés au niveau des prestataires de soins pour le TPIg ont tendance à être davantage caractérisés par des lacunes dans les connaissances. Les facteurs au niveau du client et de la communauté comprennent le manque de sensibilisation à la nécessité de prendre (et par conséquent) de demander le TPIg. Les facteurs liés aux établissements et aux pays, aux régions et aux districts semblent similaires à ceux des TDR (manque de produits essentiels ou absence de directives claires, adaptées au niveau local et normatives, ainsi que faiblesse des systèmes d'amélioration de la qualité).

Facteurs liés aux prestataires	Méfiance à l'égard de la SP/ Perceptions relatives au manque d'efficacité de la SP - Les prestataires ne comprennent pas pourquoi elle est encore utilisée comme traitement préventif intermittent alors qu'elle a été interrompue en tant que traitement de première ligne [34]. Confusion sur le moment et le dosage ou l'utilisation irrationnelle de la SP [20]. Erreurs de calcul de l'âge gestationnel réel [20]. L'idée fausse selon laquelle la SP ne doit pas être prise à jeun, ce qui a pour conséquence que les prestataires la donnent aux femmes qui la prennent plus tard. [20] Confusion sur le moment où il faut administrer le TPIg en relation avec le traitement du paludisme, du VIH ou d'autres maladies [20]. Ne pas faire de distinction entre les effets secondaires légers et graves - Les prestataires ne proposent pas le TPIg aux femmes qui déclarent avoir « réagi » au TPIg lors de grossesses antérieures. Cependant, d'après les exemples donnés par les répondants, il semble qu'ils fassent référence à des effets secondaires légers plutôt qu'à des réactions allergiques potentiellement mortelles. [35]
Facteurs liés aux clients	Présentation tardive aux CPN et/ou non-retour aux visites - Les clientes peuvent être occupées par des activités agricoles, un emploi ou la garde d'enfants ; timidité/manque d'intimité aux CPN [20]. Le fait de ne pas se présenter aux consultations prénatales peut perturber la régularité de la prise de doses de TPIg, L'incapacité à payer les frais entraîne un refus de services [20]. Confusion sur les médicaments à prendre pendant la grossesse - Les femmes remettent en question la nécessité de prendre des médicaments pour une maladie alors que l'on n'est pas malade ; elles craignent les effets secondaires [20]. Facteurs démographiques - L'âge avancé de la mère, un niveau d'éducation plus élevé, une parité plus élevée, un âge gestationnel plus bas au moment de la réservation ont été positivement associés à l'utilisation du TPIg [20]. Manque de connaissances sur les avantages du TPIg [20]
Facteurs dyadiques	Counseling de mauvaise qualité - Le prestataire administrait souvent aux femmes des comprimés de SP et de fer sans aucune explication ou instruction, ou les instructions n'étaient pas données dans la langue locale [20]. Les prestataires ont également donné des conseils peu clairs sur les coûts des services - par exemple, lorsque la SP était gratuite, mais prescrite avec d'autres médicaments coûteux, les clientes ne savaient pas que la SP était gratuite et elles étaient dissuadées de l'utiliser en raison des coûts. [36] Les clientes des services de CPN qui ont fréquenté des établissements où les prestataires ont discuté de l'objectif et des effets secondaires de la prophylaxie antipaludique, ainsi que de l'importance des doses de TPIg et de l'utilisation des MII, étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu au moins une dose de TPIg [37].* L'absence de soins maternels respectueux - insensibilité, impolitesse, humiliation, négligence, abus et même violence physique de la part du personnel des centres de santé ont été cités comme des facteurs clés limitant l'utilisation des services de CPN par les femmes [59].
Facteurs au niveau communautaire	Les femmes ont déclaré avoir besoin du soutien ou du consentement de leur mari avant d'assister à une CPN ou de prendre des médicaments [20]. Manque de compréhension/discussion généralisée du TPIg - Au Mali, les clientes ont généralement déclaré que « les trois pilules blanches » étaient disponibles et tolérables,

	même si elles ne pouvaient pas identifier son nom ou son objectif dans la plupart des cas. En revanche, il existe un terme local pour le fer, les femmes savent qu'il « augmente la quantité de sang » et qu'il est administré sous forme de pilules rouges [36]. Dynamique du pouvoir - Au Mali, les soins prénatals peuvent être considérés comme inappropriés ou honteux, notamment si une femme âgée doit accepter d'être examinée par une femme plus jeune [36]. Manque d'intimité/normes sociales autour des CPN- Au Mali, la honte associée à la fréquentation des CPN rendraient la femme et l'enfant vulnérables aux malédictions de voisins jaloux, d'autant plus que les CPN sont publiques et que tout le monde saura qu'une femme y a participé (cité par les maris, pas par les femmes) [36]. Les normes culturelles/tabous sociaux sur le moment où il faut reconnaître publiquement une grossesse - contribuent à une présentation tardive.
Facteurs au niveau des établissements	Les ruptures de stocks de SP obligent les prestataires à demander à leurs clients de s'en procurer ailleurs) [20]. L'insuffisance d'eau et de tasses conduit à ne pas proposer de SP ou à demander aux femmes de partager des tasses ou d'acheter de l'eau, ce qu'elles peuvent refuser [20]. Un ratio clients/personnel élevé réduit les délais de consultation, ce qui se traduit par un TOD inexistant ou insuffisant [6]. Les établissements de santé ne disposent pas de directives ni de documents de travail (comme par exemple, pour déterminer l'âge gestationnel et le moment du TPIg) [20]. Type d'établissement - établissements du secteur privé moins susceptibles d'adhérer aux lignes directrices du TPIg [20].
Facteurs nationaux, régionaux et locaux	Une politique et des orientations peu claires et contradictoires sur le TPIg [20]. Cela peut être lié au degré d'intégration et d'harmonisation entre les programmes nationaux de santé reproductive, de lutte contre le paludisme et de lutte contre le VIH. Sans l'un ou l'autre, la mise en œuvre du PPI peut être disjointe, conflictuelle, marginalisée et manquer de responsabilité [57, 58]. Politique de dosage - La Zambie et le Ghana, dont les politiques initiales recommandaient au moins 3 doses de TPIg, ont atteint des taux de couverture en TPIg parmi les plus élevés d'Afrique subsaharienne, ce qui peut indiquer qu'une politique encourageant le dosage fréquent crée un environnement favorable à une meilleure couverture [57]. Manque de formation et de supervision efficaces des prestataires de soins de santé et manque d'assurance qualité des prestations de TPIg dans les établissements [20]. La mauvaise gestion d'une transition de politique antipaludique dans un pays a conduit à une couverture médiatique négative sur la SP et à une perte de confiance dans la SP [20].

**En outre, les prestataires peuvent attribuer la présentation tardive des clientes des CPN ou la réticence à prendre le TPIg à des lacunes de connaissances, alors que d'autres facteurs interpersonnels ou sociaux peuvent être en jeu. Sans de solides compétences en matière de conseil, les prestataires sont incapables de démêler ces problèmes et d'aider les clients à les résoudre. (Anecdote)*

Facteurs influençant les déclarations des prestataires

Cette liste a été dressée à partir de documents couvrant plusieurs domaines de la santé, et généralement pour un pays à la fois (aucun document de synthèse n'a été trouvé). Les quelques exemples sur le paludisme sont mentionnés. Un autre cadre utile est le cadre [PRISM](#) (Performance of Routine Information System Management - Performance de la Gestion du système d'information en routine).



Crédit photo : Mwangi Kirubi, PMI Impact Malaria

Facteurs au niveau des prestataires

Aucun avantage immédiat pour le prestataire. La déclaration, et non l'utilisation, est perçue comme étant la principale finalité des données (voir le niveau national). Du point de vue des travailleurs de la santé, les rapports et les données qu'ils contiennent sont uniquement destinés à être utilisés par d'autres [38-40].

Mauvaise compréhension de la façon d'utiliser les données pour prendre des décisions. En général, les prestataires ne sont pas en mesure d'expliquer comment procéder. Par exemple, les agents de santé mentionnent qu'ils décident de mener des activités de sensibilisation, mais n'indiquent pas un ensemble de données clair qui éclairerait cette décision (il y a eu un exemple où un agent de santé a déclaré qu'une augmentation des cas de paludisme l'amènerait à planifier une réunion communautaire sur l'utilisation des moustiquaires). Parfois, les agents de santé sont invités à prendre certaines mesures à des niveaux supérieurs sans explications liées aux données. Les décisions étaient principalement limitées aux actions « communautaires » (comme ci-dessus) et non aux autres domaines de

	gestion (à quel moment faut-il demander plus de médicaments), ou aux soins cliniques (comme l'identification des clients qui ont besoin d'être orientés ou suivis) [44-46]. Confusion sur les indicateurs - les prestataires avaient des interprétations différentes des termes « paludisme clinique » et « paludisme confirmé » ; à cela s'ajoutait le fait que les indicateurs étaient similaires (mais différents) dans les formulaires « TPIg1 » dans les registres par rapport au « TPIg2 » dans les formulaires récapitulatifs mensuels. Il y a une grande confusion sur le dénominateur de l'utilisation du TPIg, ce qui entraîne un manque de compréhension de la signification de l'indicateur et de la façon de le calculer. [41] [42] Confiance excessive combinée à de faibles compétences en calcul - En Afrique du Sud, les niveaux moyens de confiance perçue (69 %) dans les compétences/tâches liées aux données n'étaient pas proportionnels à la compétence (30 %) (sur la base d'un test). [43] Dans le même échantillon, l'âge, le fait d'avoir un emploi de cadre et le niveau d'éducation ont été positivement associés à la compétence en matière de données [43].
Facteurs au niveau du client	Les clients manquent de documents - les clients perdent leurs cartes de client et leurs ordonnances, ce qui rend plus difficile pour les prestataires de maintenir la continuité des soins [38]. Les clients quittent l'établissement en cours de service - Les clients attendent souvent plusieurs fois avant d'être enregistrés, évalués et traités par les prestataires. Ils peuvent choisir de quitter l'établissement au lieu d'attendre de recevoir la prochaine étape de service, entraînant des champs de données manquants (ce qui est également affecté par les processus de flux de clients des établissements) [44]. Les femmes enceintes se rendent dans différents établissements au cours d'une même grossesse - elles peuvent comptées deux fois comme TPIg1 dans différents établissements, ou si elles sont en nombre suffisant, les taux de TPIg2 peuvent être plus élevés que ceux du TPIg1. [35]
Facteurs de niveau dyadique	Non-respect du TOD - les femmes sont susceptibles de ne pas prendre la SP quand elles rentrent chez elles, alors que les agents de santé déclareront probablement que le TPIg a été administré [35].
Facteurs liés aux points de prestation de services et aux établissements	Le temps nécessaire pour remplir les formulaires nuit aux soins des clients et pèse sur les prestataires - Les prestataires ont estimé qu'ils passaient sept heures par mois à remplir des formulaires (médiane). Chaque consultation implique plusieurs minutes de remplissage de formulaires. Certains établissements réduisent le nombre d'heures/chambres ouvertes aux services afin que les prestataires puissent remplir des formulaires. Le personnel reste également en dehors des heures de travail pour remplir les feuilles de décompte et consacre des journées entières à la rédaction de tous les rapports mensuels requis [44-46]. Manque de normalisation des pratiques en matière de qualité des données - Le personnel des établissements ne pouvait pas décrire de manière cohérente les procédures standard pour traiter les données incomplètes, inexactes, manquantes ou tardives [44-46]. Ruptures de stock de formulaires - En l'absence de formulaires, les établissements photocopient ou copient manuellement les registres. Ces solutions de contournement prennent du temps et peuvent créer davantage de confusion (par exemple, toutes les colonnes ne sont pas copiées à partir d'un registre ou la personne focale responsable de la déclaration ne comprend pas certaines parties du formulaire, ce qui lui rend difficile de remplir les formulaires de synthèse mensuels) [44-46]. Les questions de qualité des données (et d'utilisation des données) liées à la surveillance sont prioritaires par rapport aux données liées à la prestation des services [39] [38] (cela s'applique également aux niveaux supérieurs - les prestataires sont plus susceptibles d'être

	avertis et guidés sur les épidémies à partir de niveaux supérieurs que sur la qualité de la prestation des services en utilisant les données du HMIS) Formation - Les prestataires sont susceptibles de ne pas avoir une formation adaptée concernant les formulaires qu'ils doivent remplir, y compris les formulaires auxiliaires tels que ceux relatifs aux registres et aux rapports de gestion des stocks. Les prestataires se remplacent parfois les uns les autres pour fournir des services, mais les remplaçants peuvent ne pas savoir comment remplir les formulaires/registres pour les services qui ne font pas partie de leur travail quotidien habituel [39]. Mauvaise organisation des formulaires et des dossiers papier [44-46]. Volume de clients - Les systèmes tombent en panne dans les établissements qui traitent de grandes populations. Le personnel des établissements à forte fréquentation passe plus de temps à remplir les formulaires/rapports, et les clients peuvent être vus dans plusieurs zones (au lieu de la zone où se trouve le registre) [44-46] [35] [42] Absence d'une culture d'utilisation de l'information (voir ci-dessus et ci-dessous) Les responsabilités en matière de gestion des données ne sont pas clairement définies ni attribuées au personnel [44].
Facteurs au niveau communautaire	[Aucun facteur communautaire n'a été trouvé lors de la revue documentaire]
Facteurs nationaux, régionaux et locaux	Les exercices de validation des données n'ont pas lieu au sein de l'établissement - Ils ne sont généralement effectués qu'au niveau du district, et seulement par intermittence. Il peut en résulter que les prestataires n'aient pas non plus une bonne compréhension des mesures de qualité des données. Cette situation double également les charges de travail sans pour autant bénéficier aux prestataires. Lorsque les registres sont portés au niveau du district pour validation, le personnel improvise des registres à l'aide de carnets et devra copier ces informations dans le registre plus tard [44-46]. Manque de correspondance entre le niveau de responsabilité et les ressources - Le niveau du district se voit confier la plupart des responsabilités en matière de saisie des données, de retour d'information et de qualité des données, mais il manque souvent de volonté politique, de ressources, d'équipement et de personnel qualifié [40]. Leadership et management - La boîte à outils PRISM pour le renforcement du système d'information de la santé (SIS) examine plusieurs dimensions de la gestion et de la gouvernance des districts, y compris les décisions et les actions prises sur la base des réunions de suivi des performances (par exemple, la discussion des objectifs de performance clés) ; les comparaisons des données des districts dans le temps et avec les objectifs nationaux ; la planification annuelle, entre autres [60]. Les formulaires ne sont pas conçus pour s'adapter aux décisions que les cliniciens doivent prendre, telles que l'évaluation/le traitement, le conseil et le suivi. Par exemple, les antécédents des clients sont utiles pour choisir un traitement lorsqu'une analyse efficace peut être effectuée. Cependant, le registre/la carte de traitement est un champ ouvert n'offrant aucune orientation clinique, et il peut ne pas y avoir d'endroit pour enregistrer les suivis. En l'absence d'espace pour enregistrer un résultat négatif - un client qui ne se présente pas - le système papier, qui ne met l'accent que sur l'enregistrement, n'offre pas « d'alerte » pour prendre des mesures afin de retrouver le client. Les formulaires sont basés sur les besoins des parties prenantes de haut niveau, et non des cliniciens [44-46]. Manque d'orientation ou d'espace pour les explications en cas d'ambiguïté. Par exemple, il peut ne pas y avoir de place pour enregistrer les cas « suspects » de paludisme ou le

« paludisme clinique » dans les registres ; ou un client peut avoir de multiples comorbidités mais le rapport d'hospitalisation ne permet qu'un diagnostic principal. Lorsqu'il est confronté au désordre réel des données, le personnel n'a pas la possibilité d'expliquer ou de qualifier ses saisies. Comme l'exhaustivité est plus facile à mesurer que l'exactitude, les prestataires peuvent composer les données pour éviter d'être sanctionnés [38]. Les instructions du registre n'étaient pas claires sur la manière d'enregistrer les raisons pour lesquelles une femme n'était pas éligible au TPIg. Les prestataires ont donc proposé différents symboles. [41]

Manque de conseils sur la manière dont les prestataires peuvent utiliser leurs propres données pour informer leur travail

Formulaires de rupture de stock - Les niveaux supérieurs ne peuvent pas ou ne veulent pas réapprovisionner les formulaires dans les délais, même lorsque les établissements les informent du problème [44-46].

Normes - Le décompte au moment des soins est plus précis mais n'est formalisé que pour la vaccination [40] ; l'utilisation de feuilles de décompte a été associée à une amélioration de la qualité des données sur le paludisme dans les îles Salomon [42]. Dans le domaine de la surveillance des maladies, il existe une pratique explicite de « déclaration zéro » (en revanche, dans d'autres domaines, la différence entre zéro et un blanc n'est pas claire) [38].

La conception des registres crée des problèmes - Les registres sont trop volumineux pour être déplacés, mais les clients doivent passer par différents services. La nature chronologique des registres rend difficile le suivi des clients, puisque le prestataire doit feuilleter plusieurs pages pour retrouver les visites passées [44-46].

Les programmes verticaux contribuent à la duplication et à la fragmentation des processus de retour d'information et d'assurance qualité, créant ainsi une charge de travail supplémentaire et affectant la qualité [39].

Degré d'harmonisation des outils de collecte de données et de rapport [44-46]. Cela peut être lié à l'**existence de mécanismes de coordination et de cadres de suivi et d'évaluation** (généralement au niveau national) [44-46].

Qualité de la conception graphique, de l'impression et de la photocopie - Les polices de caractères sont petites et difficiles à lire [38].

Retard dans la mise à jour des registres en fonction des nouvelles lignes directrices - De nombreux pays n'ont peut-être pas mis à jour leurs registres en fonction de l'adoption du TPIg 3+. Dans les lieux où cela a été fait, l'impression et la formation aux nouveaux formulaires prennent du temps.

L'utilisation des données par les districts encourage la déclaration dans les établissements - En Ouganda, les districts qui utilisent activement les données pour identifier et prévenir les ruptures de stock enregistrent un taux de déclaration supérieur à 90 % [45].

Retour d'information (manque de conseils et importance insuffisante accordée à l'exactitude) - Manque de conseils sur la manière de fournir un retour d'information ; le retour d'information tend à être basé sur les « impressions » des agents de district [42]. En outre, les districts ne fournissent pas couramment aux établissements un retour d'information sur l'exactitude des données, mais seulement sur leur rapidité et leur exhaustivité [35].

Dénominateurs déroutants - Les enquêtes nationales et les enquêtes du SIS utilisent des dénominateurs différents, ce qui peut entraîner une certaine confusion dans l'interprétation des résultats, et de nombreux prestataires/superviseurs peuvent ne pas savoir que les

femmes VIH+ sous contrimoxazole doivent être exclues des dénominateurs des indicateurs du SIS [57].

**Anecdote, aucune documentation trouvée pour l'instant : (a) Incitations perverses - incitation à signaler moins de cas (élimination, ou dans les endroits où les établissements sont nécessaires pour générer des revenus en fonction de l'utilisation des services), incitation à signaler plus de cas (financement basé sur la performance, ou à détourner les produits pour la vente ou l'utilisation privée). (b) Les cartes des clientes sont conservées avec d'autres documents importants par le chef de famille masculin et les clientes peuvent avoir des difficultés à y accéder. (c) L'absence de systèmes permettant de traiter les erreurs de qualité/exactitude des données - par exemple, le fait de traiter un nombre de personnes supérieur à celui qui a été testé devrait susciter des questions de routine lors de la soumission ou être intégré dans les formulaires ou les systèmes de données électroniques.*

Ressources

- [I-Kit du changement de comportement du prestataire](#)
- [Outils d'évaluation PRISM](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Diagnose Phase Resources](#)

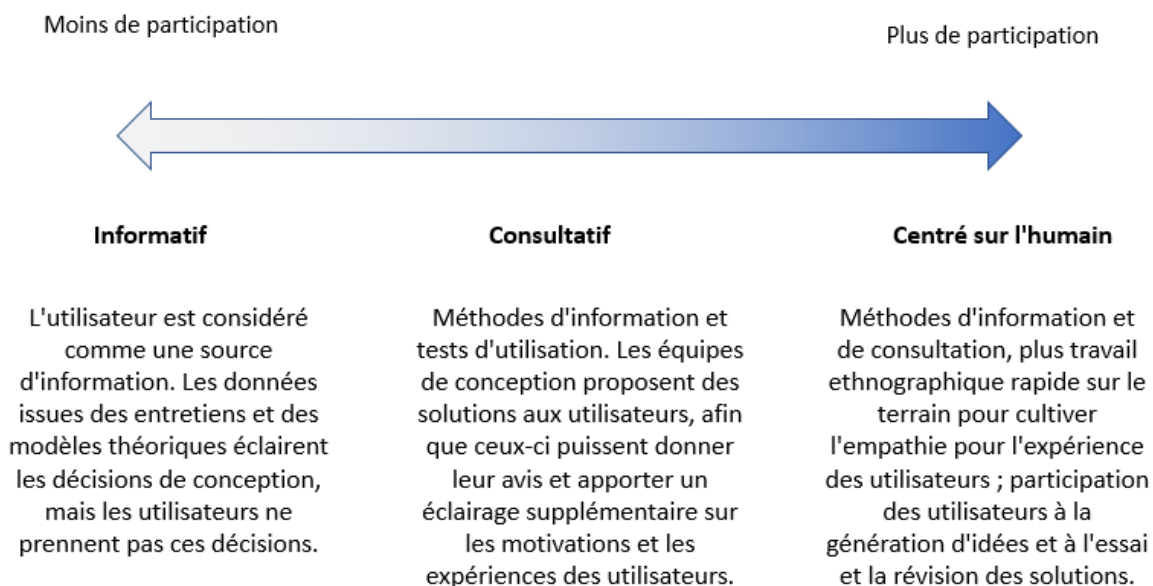
Étape 4. Impliquer les groupes cibles dans toutes les étapes de la conception

Il est courant de réunir les partenaires de mise en œuvre, le personnel gouvernemental, les donateurs et les chercheurs pour concevoir un nouveau programme ou outil. Ces équipes apportent des compétences et des ressources précieuses, telles que le financement, l'autorité publique, l'expertise technique et la capacité à mettre en œuvre des activités ou à diffuser les résultats à grande échelle. Bien que certains membres de l'équipe aient une expérience ou une formation en tant que prestataires de services, le groupe peut manquer d'expérience de première main pour faire face aux réalités quotidiennes de la fourniture ou de l'utilisation des services. De plus, la base de preuves écrites, bien qu'utile, manque souvent de détails contextuels ou implique des données provenant d'autres contextes. L'implication consciente des prestataires et des clients tout au long du processus de conception - à la fois dans la compréhension des déterminants comportementaux et dans la conception du programme - peut garantir que les interventions sont réalisables et souhaitables pour les utilisateurs et qu'elles peuvent être mises en œuvre de manière durable à long terme.

Un groupe cherchant à améliorer l'adhésion des prestataires aux directives du PPG, par exemple, peut utiliser les directives cliniques pour développer un document de travail algorithmique, mais peut ne pas comprendre quels problèmes le prestataire essaie de résoudre dans le contexte de la consultation d'une femme lors d'une visite prénatale, si un document de travail est la bonne approche, quelle forme il doit prendre, si les prestataires seraient disposés à consulter un document de travail devant un client, si le document de travail est lisible de l'endroit où le prestataire se trouve dans la salle de consultation, et/ou d'autres priorités qui pourraient l'emporter sur la nécessité de suivre un algorithme (comme le client qui se plaint d'autres affections graves nécessitant une attention immédiate alors que quinze clients attendent à l'extérieur). Impliquer les infirmières et les clients des services de soins prénatals dans le processus de définition des défis, traduire les résultats des recherches pour les parties prenantes qui se trouvent au niveau du district, de la région et du pays, et générer et tester des idées peut contribuer à prévenir certaines de ces lacunes dans la compréhension.

L'implication des utilisateurs peut prendre des degrés divers (Figure 3). À l'extrême gauche, il peut être principalement informatif, où les idées sont fondées sur des données et des théories concernant le comportement des utilisateurs, mais où l'équipe de conception génère toutes les idées et prend toutes les décisions [46]. À l'extrême droite, la conception centrée sur l'être humain est un processus dans lequel les équipes de conception mènent des activités d'immersion rapide afin d'engager directement le dialogue avec les utilisateurs pour comprendre leurs perspectives (par opposition à la recherche menée par une équipe distincte), et les utilisateurs participent au brainstorming et à l'essai des solutions [46, 47].

Figure 3. Spectre de participation des utilisateurs



Les points du spectre sont illustratifs, puisqu'il existe des degrés de participation entre eux. Par exemple, un processus consultatif peut impliquer la convocation d'un groupe de discussion pour obtenir le retour d'information des prestataires sur un projet d'outils de travail, mais une version légèrement plus centrée sur l'utilisateur peut impliquer que les prestataires utilisent l'outil avec les clients pendant trois jours, prennent des notes ou des enregistrements vocaux pour documenter leurs expériences, et donnent un retour d'information à l'équipe de conception.

Il existe peu de recherches sur l'efficacité de la conception centrée sur l'homme dans les pays à faible revenu, et encore moins sur le changement de comportement des prestataires de services de lutte contre le paludisme. Cependant, un examen des interventions de soins de santé (y compris celles qui sont en contact avec les prestataires) dans les milieux à haut et bas revenus a révélé que les études comparant les interventions de conception centrée sur l'humain aux interventions traditionnelles ont montré une **plus grande satisfaction, une plus grande facilité d'utilisation et une plus grande efficacité** (48).

Les méthodes et les outils permettant d'impliquer les utilisateurs peuvent être tirés de nombreux domaines, notamment la conception centrée sur l'humain, la conception de services (un sous-ensemble de la conception centrée sur l'humain), la recherche participative et la communication. Voir la section **Ressources** pour des exemples.

Bien que l'implication des communautés/utilisateurs soit une pratique exemplaire reconnue en matière de santé mondiale, elle peut être négligée dans la précipitation à terminer les projets [49]. Cependant, l'implication des utilisateurs ne doit pas toujours prendre beaucoup de temps. Le rassemblement de prestataires pour des groupes de discussion formels ou informels peut être intégré à d'autres activités de surveillance ou d'établissement. Le pré-test des outils peut ne prendre qu'une journée, tandis qu'une

conception centrée sur l'humain peut prendre de 3 à 5 semaines (les interventions complexes, qui peuvent nécessiter de multiples itérations, prendront plus de temps).

Ressources

- [How to Test Creative Concepts](#)
- [Demand for Health Services Field Guide: A Human-Centred Approach](#)
- [The Field Guide to Human Centered Design](#)
- [Service Design Tools](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Decide Phase Resources](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Design Phase Resources](#)

Étape 5. Adapter les interventions aux leviers de comportement identifiés

Les programmes nécessiteront probablement un large éventail d'approches de CSC

Il n'existe pas de solution miracle pour changer les comportements, et il faut un ensemble de mesures globales pour s'attaquer à la nature complexe des comportements dans la sphère de la prestation de services. Lorsque les partenaires de prestation de services et de communication sont tous deux présents, il est important de se coordonner pour tirer parti des compétences, de la couverture géographique et des ressources uniques que chacun peut apporter. La page « [Considérations opérationnelles](#) » de la boîte à outils de la [Communication sur les services](#) contient des informations complètes sur les différentes formes que peut prendre la coordination entre la prestation de services et les partenaires du CSC tout au long de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Ci-dessous un aperçu de l'éventail des interventions possibles selon les niveaux du modèle socio-écologique (voir la Figure 2 et les tableaux de la Section 3 pour les facteurs comportementaux correspondants à chaque niveau). Chaque intervention peut être combinée stratégiquement à d'autres interventions, ce qui peut en amplifier les effets. Les interventions au niveau du client et de la communauté ont tendance à avoir un angle de communication plus orienté vers le service, bien que certaines d'entre elles puissent aussi améliorer directement la motivation du prestataire. Les interventions au niveau du prestataire, de l'établissement et de l'organisation peuvent également être utilisées pour cibler directement les normes des pairs/prestataires. Cette liste n'est donnée qu'à titre indicatif ; elle ne doit pas remplacer le processus de cogénération d'idées d'intervention avec les utilisateurs et les parties prenantes.

Tableau 2. Interventions pour le changement de comportement des prestataires et la communication des services, regroupées par niveau du modèle socio-écologique (voir la Figure 2 et les tableaux de la Section 3 pour les facteurs comportementaux correspondants à chaque niveau)

NIVEAUX ET PUBLICS	INTERVENTIONS
CLIENTS <i>clients et soignants</i>	• SMS pour les clients • Lignes téléphoniques d'assistance/réponse vocale intégrée • Visites à domicile • Médias de masse • Documents imprimés (tel que des affiches, des dépliants, du matériel pour les points de service, des messages sur les emballages de médicaments et des cartes de santé)
PRESTATAIRES <i>Personnel clinique et non clinique (médecins, infirmières, technicien en santé environnementale, techniciens)</i>	• Discussions entre pairs ou en groupes de pairs (réunions cliniques, séances scientifiques, etc.) • Apprentissage à distance ou accès à des possibilités ou ressources de formation et de développement professionnel • SMS vers les prestataires

NIVEAUX ET PUBLICS	INTERVENTIONS
<i>de laboratoire, pharmaciens, dossiers médicaux, etc.)</i>	• Exercices d'autoréflexion, de clarification des valeurs et de transformation des attitudes • Visites de précision médicale/appel au bureau (visites de vente en personne utilisées par les représentants pharmaceutiques ; peut être similaire aux approches de supervision de soutien) • Documents de travail / outils cliniques d'aide à la décision (pour réduire la charge cognitive, modifier les défauts et inciter les prestataires à adopter certains diagnostics ou plans thérapeutiques) • Vignettes (telles que des études de cas ou des vidéos qui modélisent les processus de pensée et les comportements souhaités)
DYADE CLIENT-PRESTATAIRE	• Documents de travail pour améliorer le conseil des prestataires • Documents de travail pour améliorer la prise des antécédents (ex : aider les clients à communiquer le niveau de douleur, ou aider les prestataires à calculer l'âge gestationnel) • Engagements des clientes et des prestataires • Contrôle/suivi des clients par le prestataire ou l'agent communautaire • Discussions transparentes pour les clients et les prestataires afin de discuter des perceptions de la qualité des soins, de l'attitude des prestataires envers les clients • Dialogues entre la communauté et les prestataires
ÉTABLISSEMENT <i>Agents responsables et chefs d'unité</i>	• Reconnaissance (par les collègues, le superviseur, la communauté) • Initiatives collaboratives d'amélioration • Retour d'informations sur les performances (examen des performances, audits cliniques, tableaux de suivi des performances ; examen par les pairs, auto-évaluation) • Financement basé sur la performance • Réunions de gestion • Modification des processus, des équipements ou des formulaires des établissements pour simplifier l'expérience des clients et des prestataires (ex : dans les établissements sans approvisionnement en eau, vente à prix coûtant de sachets d'eau en plastique pour que les femmes puissent prendre des médicaments pendant la CPN) • Adaptation des responsabilités et des horaires du personnel, ajout de personnel • Formation pratique
COMMUNAUTÉ <i>Conjoints, parents, amis, lieux de travail, groupes communautaires, guérisseurs</i>	• Foires sanitaires • Groupes communautaires fournissant une éducation à la santé et orientant leurs membres vers les services appropriés (modèle CHSS) • Groupes de soins

NIVEAUX ET PUBLICS	INTERVENTIONS
<i>traditionnels, pharmacies, chefs traditionnels et religieux locaux</i>	• Groupe CPN • Surveillance communautaire (seule ou conjointement avec l'établissement) • Dialogues communautaires • Médias de masse • Portes ouvertes/visites des établissements pour les clients • Journées de bien-être pour les groupes difficiles à atteindre, comme les adolescents et les hommes • Approches internes (mobiliser des clients/groupes sélectionnés pour qu'ils se rendent dans les établissements lors de certains jours de prestation de services et fournir des prestataires supplémentaires pour encadrer ou soutenir la prestation de services) • Sensibilisation (les prestataires se rendent dans les communautés pour fournir des services, ce qui est courant pour les vaccinations) • Transformation des établissements (amélioration de l'environnement physique sur la base de l'évaluation des besoins de la communauté et des prestataires, tout en impliquant les artisans de la communauté dans le processus). • Examens, notations et systèmes de retour d'information sur les établissements • Marque/accréditation des services de qualité • Réunions du comité de la santé pour traiter les questions relatives aux établissements communautaires et les goulets d'étranglement
NATIONAL, RÉGIONAL, DE DISTRICT OU D'ORGANISATION <i>Superviseurs de district et régionaux ; PNLP et autres départements du ministère de la santé dans la SSRMI et la chaîne d'approvisionnement, partenaires de mise en œuvre ; associations professionnelles et autres institutions de formation et d'accréditation</i>	• Plaidoyer pour éliminer les goulets d'étranglement, fournir une légitimité publique aux interventions connexes. • Offrir aux prestataires la possibilité de satisfaire aux exigences de renouvellement des licences • Influencer l'ordre du jour/discussions lors des réunions des associations professionnelles • Renforcer les compétences de gestion des responsables d'établissement et des chefs d'unité • Retour d'information sur les performances aux établissements/districts ; utilisation de tableaux de bord ; conduite de visites de supervision/mentorat/coaching ; formation/supervision des superviseurs pour s'assurer qu'ils ne propagent pas d'idées fausses lors des visites • Mise à jour des programmes de formation initiale • Rendre les outils nationaux (comme les formulaires du SGIS et les commandes permanentes) conviviaux et centrés sur l'utilisateur

NIVEAUX ET PUBLICS	INTERVENTIONS
	- Lignes directrices et modèles pour la qualité et l'utilisation des données au niveau des points de service - Gestion des ressources humaines (ex : minimiser les transferts de personnel)

Les approches interactives et synergiques tendent à être plus efficaces

Le choix, l'efficacité et la durabilité de l'ensemble d'interventions dépendra probablement du comportement d'intérêt, du groupe cible, du ou des déterminants comportementaux visés, du niveau de contribution des utilisateurs dans la sélection de l'approche et de la mesure dans laquelle celle-ci a été testée et affinée en fonction des contextes de service réels. Une récente étude systématique [50] sur les performances des prestataires a fourni des indications sur les types d'interventions qui fonctionnent, mais n'explique pas pourquoi elles fonctionnent. En outre, nombre des interventions énumérées ci-dessus sont nouvelles et/ou non publiées et peuvent ne pas avoir été incluses dans la revue.

Tableau 3. Résumé des conclusions de l'étude sur l'évaluation des performances des prestataires de soins de santé [50].

TAILLE DE L'EFFET	INTERVENTION ET CONCLUSIONS
	La fourniture d'informations imprimées ou de documents de travail aux prestataires de soins de santé en tant que stratégie unique a peu de chances de modifier sensiblement les performances.
	Les technologies de l'information et de la communication peuvent entraîner des améliorations modérées ou aucune amélioration, mais elles ont généralement des effets de faible à modeste.
	La formation seule ou la supervision seule peut produire de grandes améliorations ou aucune amélioration, mais les deux stratégies ont généralement des effets modérés. Il pourrait être plus efficace de combiner la formation avec d'autres stratégies, telles que la supervision ou la résolution de problèmes en groupe.
	La résolution de problèmes en groupe seulement peut apporter des améliorations importantes ou mineures, mais les effets modérés sont typiques
	Les incitations financières pour les prestataires de soins de santé, les stratégies de financement des systèmes de santé et d'autres incitations peuvent entraîner des améliorations plus ou moins importantes, mais ces incitations ont généralement des effets modestes à modérés
	Les stratégies multidimensionnelles visant les infrastructures, la supervision, les autres techniques de gestion et la formation (avec ou sans financement), ainsi que la stratégie de résolution de problèmes en groupe et de formation peuvent entraîner des améliorations très importantes ou modestes, mais ces stratégies ont généralement des effets importants

La revue a révélé des variations substantielles dans la taille de l'effet entre des interventions similaires, ce qui suggère que la **qualité de la mise en œuvre** et le **contexte** sont importants. En ce qui concerne les formations, par exemple, d'autres études ont montré qu'une approche de la formation à faible dose et à

haute fréquence, utilisant des simulations ou des environnements de travail réels, une pratique fréquente, un apprentissage basé sur les problèmes et une discussion interactive d'études de cas entraînent des meilleurs résultats d'apprentissage [51, 52]. Ce type d'approche peut également faciliter la participation des prestataires dont les responsabilités familiales et de soins les rendent moins susceptibles de pouvoir participer à des formations plus traditionnelles hors site ou résidentielles. En ce qui concerne les SMS, les approches bidirectionnelles semblent être plus efficaces dans les pays à faibles et moyens revenus [61]. Cependant, seules des interventions unidirectionnelles par SMS contre le paludisme avec des prestataires ont été publiées ; ces interventions ont eu des résultats mitigés [62, 63].

Bien que les stratégies à multiples facettes soient capables de produire des effets importants, le nombre d'éléments n'est pas en corrélation avec la taille de l'effet. Les programmes doivent donc veiller à éviter les ensembles de conception trop compliqués et, en fin de compte, exigeants temps et en ressources [50]. Toutefois, une combinaison judicieuse de méthodes - telles que la formation pour introduire de nouveaux processus ou éliminer idées fausses, ou la résolution de problèmes en groupe pour faire face aux défis émergents - peut être suffisante [50].

Il est également important de tempérer les attentes. Les auteurs de l'étude susmentionnée ont déclaré que « même après la mise en œuvre des stratégies d'amélioration, d'importants écarts de performance subsisteront probablement. En supposant une performance de base typique de 40% et un effet de stratégie [très] optimiste de 30 points de pourcentage, la performance post-intervention serait de 70%... soit environ un tiers des clients ne recevant pas les soins recommandés [50] ». De plus, l'effet peut être dilué dans le temps ; les auteurs recommandent des périodes de suivi plus longues. Il est important de noter que la taille de l'effet était plus élevée dans le secteur public que dans les secteurs privé et communautaire, mais on ne sait pas exactement pourquoi il en est ainsi [50].

Dans l'ensemble, les faits montrent que les approches interactives et à plusieurs niveaux ont plus de chances d'être efficaces que la diffusion passive de matériel. Cependant, on ne sait pas exactement combien de temps durent les effets, ni quel type d'intervention de suivi est nécessaire pour les maintenir.

Ressources

- [Service Communication toolkit](#)
- [Health Care Provider Performance Review Database](#)
- [Health Care Provider Performance Review Database](#)
- [Malaria SBCC Evidence Database](#)
- [SBCC for Malaria in Pregnancy Toolkit](#)
- [PSI Keystone Design Framework: Deliver Phase Resources](#)

Étape 6. Utiliser une approche holistique au suivi et à l'évaluation

Des suggestions pour la collecte de données, principalement pour la recherche formative ou les analyses de situation, ont été proposées à presque toutes les étapes de ce document. Vous trouverez ci-dessous quelques domaines clés à évaluer lors des étapes de conception, de suivi et d'évaluation, ainsi que les sources de données, les indicateurs et les questions. Outre le suivi des changements de comportements/services/qualité des données, il est important d'évaluer également les changements des déterminants des comportements des prestataires, ainsi que le contexte dans lequel l'intervention s'est déroulée.

Suivi et évaluation des résultats

DOMAINES A EVALUER	SOURCES DE DONNEES POTENTIELLES	RESSOURCES POUR LES INDICATEURS ET LES QUESTIONS*
Changements de comportements et de sous-comportements - Les comportements des prestataires à surveiller comprennent le respect des directives relatives à la gestion des cas et au paludisme pendant la grossesse, ainsi que des mesures de la qualité des données, telles que la concordance (exactitude), le respect des délais et l'exhaustivité.	Enregistrer les examens et les observations dans le cadre des évaluations des établissements de santé et de la supervision de soutien. Les entretiens de sortie avec les clients et les données de consommation des pharmacies comme moyen de validation ; les données des pharmacies peuvent également aider à comptabiliser les ruptures de stock. Données du HMIS	Rapports et qualité des données : • Outils d'évaluation PRISM (section diagnostic des performances - voir les indicateurs spécifiques au paludisme) • les outils d'AQD(R) (les pays ont parfois une version pour le paludisme) Gestion des cas et PPG- • Recommandations du groupe de travail SME • Facteur de correction pour les taux de tests du SGIS • Cadre et listes de contrôle pour la supervision de soutien/OTSS+ (PMI Impact Malaria ; contactez Keith Esch à kesch@psi.org) • Surveiller la surconsommation d'antibiotiques (effet négatif de l'augmentation

DOMAINES A EVALUER	SOURCES DE DONNEES POTENTIELLES	RESSOURCES POUR LES INDICATEURS ET LES QUESTIONS*
		de l'adhésion aux résultats négatifs des tests) [53].
Changements dans les déterminants comportementaux - Il n'est pas facile d'obtenir des données fiables sur le comportement des prestataires. Les statistiques sur les services souffrent souvent de problèmes de qualité des données, et les autres moyens de collecte de données (tels que l'évaluation des établissements de santé et les visites de supervision) peuvent mobiliser des ressources importantes. La mesure des changements dans les facteurs comportementaux (tels que les attitudes et les normes), tant chez les clientes que chez les prestataires, fournit des indications précoces sur les effets de l'intervention.	Entretiens avec les prestataires dans le cadre de l'évaluation des établissements de santé et de la supervision de soutien. Pré et post-tests lors de la conduite des activités. Enquêtes par SMS/mobile	Rapports et qualité des données • Outils d'évaluation PRISM (confiance en soi, compétence et culture de l'information ; retour d'information ; formation, etc.) Questions générales sur les déterminants comportementaux qui peuvent être adaptés aux prestataires de services de lutte contre le paludisme : • Malaria SBCC Indicator Reference Guide • Banque d'indicateurs de changement social et comportemental pour la planification familiale et la prestation de services • Sample case management HFA questions from Guinea • Enquête comportementale sur le paludisme
La satisfaction des utilisateurs (prestataires et clients) et les estimations de la charge de temps fournissent également des informations sur l'adéquation de l'intervention au contexte et sur la possibilité de durabilité et d'extension. Pour les évaluations, les changements des déterminants comportementaux fournissent des preuves de la <u>manière</u> dont l'intervention a fonctionné, et pas seulement <u>si</u> elle a fonctionné.	Entretiens avec les prestataires Entretien de sortie des clientes Tests avant-après pendant la conduite des activités.	Ceux-ci sont basés sur la planification familiale et pourraient être adaptés au paludisme : • Banque d'indicateurs de changement social et comportemental pour la planification familiale et la prestation de services • Questions de l'enquête sur la satisfaction des clients de la planification familiale
Documenter le contexte, les détails de la mise en œuvre et les enseignements tirés. Il a été	Rapports d'activité	• Liste de contrôle pour rendre compte des

DOMAINES A EVALUER	SOURCES DE DONNEES POTENTIELLES	RESSOURCES POUR LES INDICATEURS ET LES QUESTIONS*
démontré que le contexte est un déterminant important de l'effet de toute stratégie. Documenter la manière dont les stratégies ont été adaptées au contexte [50], les aspects du contexte qui ont permis ou entravé l'intervention et les solutions de contournement utilisées améliorera considérablement notre compréhension des interventions qui peuvent être reproduites et où.	Groupes de discussion/examens après action/réunions sur les leçons apprises	évaluations des programmes de changement social et comportemental en matière de paludisme. • Directives de l'USAID sur les examens après action

L'idéal est d'effectuer un **suivi à plus long terme** (la revue ci-dessus suggérait 12 mois) pour comprendre la vitesse à laquelle les effets se manifestent [50]. Par exemple, il est prouvé que les approches collaboratives d'amélioration ont été couronnées de succès en Afrique subsaharienne, mais il faut parfois 9,2 mois pour que les établissements atteignent 80 % des objectifs de performance et 14 mois pour atteindre 90 % des objectifs de performance [54]. En outre, le suivi peut montrer que les prestataires ont besoin d'être renforcés par des interventions nouvelles ou différentes pour stimuler davantage la pratique ou combler de nouvelles lacunes. Enfin, le suivi à long terme est utile pour savoir si les gains à court terme obtenus à la suite des formations ont été maintenus.

Suivi des processus et des résultats

DOMAINES A EVALUER	SOURCES DE DONNEES POTENTIELLES	TYPES D'INDICATEURS ET DE QUESTIONS
Qualité de l'implication des utilisateurs pendant le processus de conception	Rapports de conception et de tests	Nombre et éventail des utilisateurs concernés (utilisateurs faciles à trouver par rapport aux utilisateurs des deux extrémités, en termes de performances, de paramètres, etc.) [55].
Qualité de l'apprentissage pendant le processus de conception	Rapports de conception et de tests	Si l'équipe a découvert des éléments surprenants sur le contexte dans lequel certains utilisateurs pourraient interagir avec/utiliser les services/outils [55] Nombre de solutions différentes proposées [55]. Nombre de solutions testées par les utilisateurs ; pour combien de temps Combien de solutions potentielles ont fait l'objet d'itérations majeures à la suite des contributions des parties prenantes et des utilisateurs [55]

DOMAINES A EVALUER	SOURCES DE DONNEES POTENTIELLES	TYPES D'INDICATEURS ET DE QUESTIONS
Coûts	Données financières	Distinguer les coûts de conception des coûts de mise en œuvre
Fidélité de la mise en œuvre	Rapports d'activité Listes de contrôle de la surveillance (adaptées à l'activité) Documents de l'établissement de contrôle (ex : procès-verbaux de réunions)	Pour quel pourcentage des consultations de clients éligibles les prestataires ont utilisé les outils Pour les changements de procédure, quelle proportion des jours/semaines éligibles a été effectuée comme prévu ?
Produits	Rapports d'activité	Nombre d'interventions introduites Nombre de discussions de groupe organisées Nombre d'outils mis au point
Portée et couverture	Rapports d'activité	Nombre d'utilisateurs qui ont participé ou qui ont été touchés par l'intervention.

Points forts et limites des sources de données sélectionnées

Les statistiques de service sont les meilleures pour évaluer le comportement en matière de déclaration (niveau de concordance, exhaustivité, respect des délais). Comme les données peuvent être de mauvaise qualité, il faut faire preuve de prudence lorsqu'elles sont utilisées pour évaluer le respect des directives relatives à la gestion des cas et au paludisme pendant la grossesse. L'idéal serait de comparer les sources de données au sein d'un établissement - le recoupement des formulaires du SGIS avec les dossiers des laboratoires et des pharmacies peut fournir une estimation du nombre d'excès de déclarations et de sous-déclarations. Il est probable que de nombreuses sources de données alternatives présenteront également des problèmes, et le processus prendra plus de temps. Toutefois, il peut renforcer la confiance dans la qualité des données comportementales communiquées.

Les **enquêtes auprès des ménages**, comme les enquêtes à indicateurs multiples, les EDS et l'enquête sur le comportement face au paludisme, sont des mesures imparfaites de la performance des prestataires car elles recueillent des données auprès des membres de la communauté. Par exemple, les questions relatives au TPIg concernent les femmes qui ont été enceintes au cours des deux dernières années. Les femmes sont susceptibles de ne pas se souvenir des médicaments qu'elles ont pris lors de leurs visites prénatales, surtout si la grossesse n'était pas récente et si le prestataire n'a pas expliqué ce qui leur était administré. De même, les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans qui ont été soignés pour de la fièvre au cours des deux dernières semaines ne se souviennent souvent pas exactement si l'enfant a reçu une piqûre au doigt ou au talon (pour les tests de paludisme) ou quels médicaments ont été prescrits (en particulier si plusieurs médicaments ont été administrés). D'autre part, les enquêtes auprès des ménages permettent de mieux cerner les comportements de recherche de soins et de CPN, car elles se déroulent au sein de la communauté et peuvent atteindre ceux qui utilisent ou non les services.

Les entretiens de sortie avec les clients, parce qu'ils ont lieu immédiatement après la prestation de services, peuvent être un meilleur moyen de valider la performance des prestataires ou la qualité du service tout en permettant de recueillir des données sur la satisfaction des clients, la compréhension des conseils donnés et l'intention de compléter les orientations ou autres services de suivi. Cependant, il peut y avoir un risque que les prestataires changent leurs comportements s'ils savent que de telles enquêtes ont lieu (effet Hawthorne).

Les évaluations de la prestation de services (SPA) ou les évaluations de la disponibilité et de l'état de préparation des services (SARA) sont des enquêtes transversales sur les établissements qui fournissent des informations importantes sur la proportion d'établissements qui sont équipées pour fournir des services de PPG et de gestion des cas. Elles se penchent sur la disponibilité du personnel formé, de l'équipement et des produits. Cependant, il existe peu d'autres informations qui pourraient être utilisées pour aider à expliquer le comportement des prestataires, et on ne sait pas exactement dans quelle mesure ces enquêtes peuvent être adaptées.

Les évaluations des établissements de santé, avec leur capacité à recueillir des données par le biais d'entretiens avec les prestataires, d'observations, de registres et d'entretiens avec les clients à la sortie

de l'établissement, peuvent servir de référence pour mesurer l'état de préparation et la performance des établissements. À l'heure actuelle, ces évaluations ne sont pas aussi normalisées que celles de l'EIM et de l'EDS, ce qui peut rendre difficile la comparaison des résultats, mais cela peut permettre de développer de meilleures questions pour mesurer les déterminants du comportement des prestataires. [56]

Les visites de supervision de soutien sont l'occasion de recueillir des informations auprès des prestataires et de l'établissement. Ces visites sont longues et coûteuses, et les superviseurs devront être formés à la manière de collecter les données. Il existe également un risque de biais important lorsque les superviseurs sont ceux qui interrogent les prestataires sur leurs croyances et leurs attitudes. Enfin, la collecte de données peut détourner le temps consacré à l'encadrement et à la résolution des problèmes et peut ne pas être une bonne utilisation du temps des superviseurs gouvernementaux.

Enfin, un **retour d'information qualitatif** sur les interventions testées, sous la forme d'entretiens approfondis et de groupes de discussion, sera utile pour comprendre comment et pourquoi certains résultats ont été observés.

Tableau 4. Avantages et inconvénients des différentes sources de données

SOURCE DE DONNEES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Statistiques sur les services	Le meilleur moyen d'évaluer la qualité des rapports	La mauvaise qualité des rapports peut signifier qu'ils ne constituent pas une source fiable de données sur le respect des directives cliniques
Enquêtes auprès des ménages.	Peuvent atteindre les personnes qui ont accès aux services et celles qui n'y ont pas accès	Biais de rappel puisque les données proviennent de membres de la communauté et non des prestataires
Entretien de sortie des clientes	Moins de risque de biais de rappel	L'effet Hawthorne (les prestataires changent leur comportement lorsqu'ils savent qu'ils sont observés)
Enquêtes SPA ou SARA	Peuvent indiquer s'il y a un problème en termes d'équipement, de formation ou de supervision	Ne peuvent pas donner un aperçu des attitudes/croyances/normes qui influencent le comportement des prestataires, ni des pratiques d'amélioration de la qualité. On ne sait pas très bien dans quelle mesure ces enquêtes peuvent être adaptées. Peu fréquentes.
Évaluations des établissements de santé	Peuvent être complètes et flexibles ; peuvent évaluer de multiples aspects influençant le comportement et la performance (le « pourquoi »)	Non standardisées ; peu fréquentes.
Supervision de soutien	Fait partie de la programmation de routine ; peut être complète et flexible ; peut évaluer de multiples aspects influençant le comportement et la performance (le « pourquoi »),	Peut s'avérer coûteuse ; la collecte de données peut détourner l'attention du mentorat et de l'encadrement ; il faut des superviseurs qualifiés pour utiliser les informations de manière appropriée.

SOURCE DE DONNEES	AVANTAGES	INCONVENIENTS
	et fournir des informations à la fois qualitatives et quantitatives.	
Méthodes qualitatives (groupes de discussion, entretiens approfondis)	Fournissent des informations sur le « pourquoi » (motivations/obstacles)	Ne peuvent pas fournir d'informations sur l'étendue de ces motivations / obstacles.

Conclusion

Le comportement des prestataires devra être mis en avant pour progresser dans la prise en charge des cas et du paludisme pendant la grossesse. Les prestataires servent de garants de l'adoption du TPIg, du dépistage du paludisme et de l'observance des résultats des tests, ainsi que de la qualité des données de surveillance du paludisme.

Une approche comportementale peut être utile pour comprendre comment améliorer les performances des prestataires, nourrir les liens entre la communauté et les établissements et, par conséquent, renforcer la prestation de services et le système de santé dans son ensemble. Les meilleures pratiques comprennent la définition et la hiérarchisation des comportements, l'identification des groupes cibles et de leurs personnes influentes, le diagnostic des déterminants comportementaux, l'implication des utilisateurs (prestataires et clients) dans la conception des interventions, le choix des interventions appropriées et enfin, la collecte des types de données de suivi et d'évaluation qui peuvent raconter l'histoire de la façon dont le programme s'adapte au contexte et son effet sur la motivation des prestataires, le comportement et, en fin de compte, la qualité des soins.

Ressources

- [Élaboration de plans de suivi et d'évaluation pour les programmes de changement social et comportemental en matière de paludisme : Un Guide étape par étape](#)
- Voir les ressources énumérées dans le tableau ci-dessus

Références

1. Koenker, H., et al., Strategic roles for behaviour change communication in a changing malaria landscape. *Malaria journal*, 2014. **13**(1): p. 1.
2. Health Communication Capacity Collaborative (HC3, Collaboration sur les capacités en communication sanitaire). Provider behavior change implementation kit. 2017; [disponible à l'adresse suivante : https://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/](https://sbccimplementationkits.org/provider-behavior-change/).
3. Health Communication Capacity Collaborative (HC3, Collaboration sur les capacités en communication sanitaire). Service Communication Implementation Kit. 2017; disponible à l'adresse suivante : <https://sbccimplementationkits.org/service-communication/>.
4. Organisation mondiale de la santé, Guidelines for the Treatment of Malaria 2015 : Genève, Suisse.
5. Organisation mondiale de la santé, Implementing Malaria in Pregnancy Programs in the Context of World Health Organization Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. 2018 : Genève, Suisse
6. Candrinho, B., et al, Quality of malaria services offered in public health facilities in three provinces of Mozambique : a cross-sectional study. *Malaria journal*, 2019. **18**(1): p. 162.
7. Plucinski, M.M., et al, How far are we far from reaching universal malaria testing of all fever cases ? *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2018. **99**(3): p. 670-679.
8. Davlantes, E., et al., Quality of malaria case management and reporting at public health facilities in six health districts in Guinea, 2018. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2019: p. tpmd190150.
9. Breakthrough ACTION, How-to guide: Audience segmentation. 2019: Baltimore, Maryland.
10. Ruizendaal, E., et al, Evaluation of malaria screening during pregnancy with rapid diagnostic tests performed by community health workers in Burkina Faso. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2017. **97**(4): p. 1190-1197.
11. Kabaghe, A.N., et al, Health workers' compliance to rapid diagnostic tests (RDTs) to guide malaria treatment : a systematic review and meta-analysis. *Malaria journal*, 2016. **15**(1): p. 163.
12. Boyce, M.R. et W.P. O'Meara, Use of malaria RDTs in various health contexts across sub-Saharan Africa : a systematic review. *BMC public health*, 2017. **17**(1): p. 470.
13. Colvin, C.J., et al, Understanding careseeking for child illness in sub-Saharan Africa : a systematic review and conceptual framework based on qualitative research of household recognition and response to child diarrhoea, pneumonia and malaria. *Social science & medicine*, 2013. **86**: p. 66-78.
14. Grable, N. et S. Lint, Strategies for Changing the Behavior of Private Providers, Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, éditeur. 2016, Abt Associates : Bethesda, Maryland.
15. Camber Collective, Beyond bias : provider survey and segmentation findings. 2018.
16. Organisation mondiale de la santé, Towards a Grand Convergence for Child Survival and Health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI 2016: Genève.
17. Heiby, J., The use of modern quality improvement approaches to strengthen African health systems : a 5-year agenda. *International journal for quality in health care*, 2014. **26**(2): p. 117-123.

18. Franco, L.M., S. Bennett et R. Kanfer, Health sector reform and public sector health worker motivation : a conceptual framework. *Social science & medicine*, 2002. **54**(8): p. 1255-1266.
19. Population Services International, Provider Behavior Change Communications Toolkit. 2016.
20. Hill, J., et al, Factors affecting the delivery, access, and use of interventions to prevent malaria in pregnancy in sub-Saharan Africa : a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 2013. **10**(7): p. e1001488.
21. Health Communication Capacity Collaborative (HC3, Collaboration sur les capacités en communication sanitaire). The Circle of Care Model. 2017 June 11, 2019]; disponible à l'adresse suivante : <https://healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2017/06/Circle-of-Care-Model.pdf>.
22. Chipukuma, H.M., et al, Towards a framework for analyzing determinants of performance of community health workers in malaria prevention and control : a systematic review. *Human resources for health*, 2018. **16**(1): p. 22.
23. Burchett, H.E.D., et al., Improving prescribing practices with rapid diagnostic tests (RDTs): synthesis of 10 studies to explore reasons for variation in malaria RDT uptake and adherence. *BMJ Open*, 2017. **7**(3): p. e012973.
24. Altaras, R., et al, Why do health workers give anti-malarials to patients with negative rapid test results ? A qualitative study at rural health facilities in western Uganda. *Malaria journal*, 2016. **15**(1): p. 23.
25. Chandler, C.I., et al, Guidelines and mindlines : why do clinical staff over-diagnose malaria in Tanzania ? A qualitative study. *Malaria journal*, 2008. **7**(1): p. 53.
26. Breakthrough ACTION Nigéria Provider Behavior Change Activity Formative Assessment Report: Behavioral Diagnosis 2018.
27. Faust, C., et al, Assessing drivers of full adoption of test and treat policy for malaria in Senegal. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 2015. **93**(1): p. 159-167.
28. Umeano-Enemuoh, J.C., et al., A qualitative study on health workers' and community members' perceived sources, role of information and communication on malaria treatment, prevention and control in southeast Nigeria. *BMC infectious diseases*, 2015. **15**(1): p. 437.
29. Ndwiga, C., et al, Exploring provider perspectives on respectful maternity care in Kenya : "work with what you have". *Reproductive health*, 2017. **14**(1): p. 99.
30. Mangham-Jefferies, L., et al, Mind the gap : knowledge and practice of providers treating uncomplicated malaria at public and mission health facilities, pharmacies and drug stores in Cameroon and Nigeria. *Health Policy and Planning*, 2014. **30**(9): p. 1129-1141.
31. UNICEF, Demand for health services field guide. 2018, UNICEF : Genève, Suisse.
32. Larson, E., H.H. Leslie, et M.E. Kruk, The determinants and outcomes of good provider communication : a cross-sectional study in seven African countries. *BMJ open*, 2017. **7**(6): p. e014888..
33. Strachan, C., et al., Community understanding of the concept of pre-referral treatment and how this impacts on referral related decision-making following the provision of rectal artesunate: a qualitative study in western Uganda. *BMC health services research*, 2018. **18**(1): p. 470.

34. Anders, K., et al., Timing of intermittent preventive treatment for malaria during pregnancy and the implications of current policy on early uptake in north-east Tanzania. *Malaria journal*, 2008. **7**(1): p. 79.
35. Rassi, C., et al, Assessing supply-side barriers to uptake of intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy : a qualitative study and document and record review in two regions of Uganda. *Malaria journal*, 2016. **15**(1): p. 341..
36. Hurley, E.A., et al, Underreporting and missed opportunities for uptake of intermittent preventative treatment of malaria in pregnancy (IPTp) in Mali. *PLoS One*, 2016. **11**(8): p. e0160008.
37. Bajaria, S., et al, Assessment of the impact of availability and readiness of malaria services on uptake of intermittent preventive treatment in pregnancy (IPTp) provided during ANC visits in Tanzania. *Malaria Journal*, 2019. **18**(1): p. 229.
38. Bosch-Capblanch, X., et al, Characterisation of the Health Information System in Mozambique, P.B.H.I.S.i.C. Care, éditeur. 2017 : Bâle, Suisse.
39. Bosch-Capblanch, X., et al, Characterisation of the Health Information System in Côte d'Ivoire, P.B.H.I.S.i.C. Care, éditeur. 2017 : Bâle, Suisse.
40. Bosch-Capblanch, X., et al, Characterisation of the Health Information System in Nigeria, P.B.H.I.S.i.C. Care, éditeur. 2017 : Bâle, Suisse.
41. Okello, G., et al., "Every day they keep adding new tools but they don't take any away": Producing indicators for intermittent preventive treatment for malaria in pregnancy (IPTp) from routine data in Kenya. *PloS one*, 2018. **13**(1): p. e0189699.
42. Kunimitsu, A., The accuracy of clinical malaria case reporting at primary health care facilities in Honiara, Solomon Islands. *Malaria journal*, 2009. **8**(1): p. 80.
43. Nicol, E., et al. Human factors affecting the quality of routinely collected data in South Africa. in *Medinfo*. 2013.
44. Ledikwe, J.H., et al., Improving the quality of health information: a qualitative assessment of data management and reporting systems in Botswana. *Health research policy and systems*, 2014. **12**(1): p. 7.
45. Huang, F., S. Blaschke, and H. Lucas, Beyond pilotitis: taking digital health interventions to the national level in China and Uganda. *Globalization and health*, 2017. **13**(1): p. 49.
46. Rousseau, N., et al., Attending to design when developing complex health interventions: A qualitative interview study with intervention developers and associated stakeholders. *PloS one*, 2019. **14**(10).
47. Tolley, E., Recherche sociocomportementale traditionnelle et conception centrée sur l'homme : Similarities, unique contributions and synergies 2017, CAMI Health/IMPT Secretariat/Public Health Institute?FHI360.
48. Altman, M., T.T. Huang, et J.Y. Breland, Peer Reviewed : Design Thinking in Health Care. Preventing chronic disease, 2018. **15**.
49. Cheney, C. Gates Foundation and USAID team up to bring design to health. 2018 Sept 6, 2019]; disponible à l'adresse suivante : <https://www.devex.com/news/gates-foundation-and-usaid-team-up-to-bring-design-to-health-92084>.

50. Rowe, A.K., et al, Effectiveness of strategies to improve health-care provider practices in low-income and middle-income countries : a systematic review. *The Lancet Global Health*, 2018. **6**(11): p. e1163-e1175.
51. Gomez, P.P., et al, Accelerating newborn survival in Ghana through a low-dose, high-frequency health worker training approach : a cluster randomized trial. *BMC pregnancy and childbirth*, 2018. **18**(1): p. 72.
52. Asiedu, A., et al., "It builds your confidence... you've done well": Healthcare workers' experiences of participating in a low-dose, high-frequency training to improve newborn survival on the day of birth in Ghana. *Gates Open Research*, 2019. **3**.
53. Hopkins, H., et al., Impact of introduction of rapid diagnostic tests for malaria on antibiotic prescribing: analysis of observational and randomised studies in public and private healthcare settings. *BMJ*, 2017. **356**: p. j1054.
54. Franco, L.M. et L. Marquez, Effectiveness of collaborative improvement : evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ quality & safety*, 2011. **20**(8): p. 658-665.
55. Tyler, N., et al. Designing for Scale. 2019 September 16, 2019]; disponible à l'adresse suivante : <https://springboardforsbc.org/forum/t/447671>.
56. Organisation mondiale de la santé. Report on WHO informal consultation on monitoring malaria case management through health facility surveys. 2013; disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/malaria/mpac/mpac_sep13_monitoring_case_management_report.pdf?ua=1.
57. Roman, Elaine, et al. "Determinants of uptake of intermittent preventive treatment during pregnancy: a review." *Malaria journal* 18.1 (2019) : 1-9.
58. Programme de survie maternelle et infantile "Country Profiles Illuminate Successes – and Challenges – in the Fight Against Malaria." 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.mcsprogram.org/country-profiles-illuminate-successes-and-challenges-in-the-fight-against-malaria/>.
59. Finlayson, Kenneth, et Soo Downe. "Why do women not use antenatal services in low-and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies." *PLoS medicine* 10.1 (2013).
60. MEASURE Evaluation. Performance of Routine Information System Management Toolkit. 2019; disponible à l'adresse suivante : <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tl-18-12/>.
61. Linde, Ditte S., et al. "One-way SMS and healthcare outcomes in Africa: Systematic review of randomised trials with meta-analysis." *PloS one* 14.6 (2019).
62. Zurovac, Dejan, et al. "The effect of mobile phone text-message reminders on Kenyan health workers' adherence to malaria treatment guidelines: a cluster randomised trial." *The Lancet* 378.9793 (2011) : 795-803.
63. Steinhardt, Laura C., et al. "The Effect of Text Message Reminders to Health Workers on Quality of Care for Malaria, Pneumonia, and Diarrhea in Malawi: A Cluster-Randomized, Controlled Trial." *The American journal of tropical medicine and hygiene* 100.2 (2019): 460-469.